HOMMAGE
DE L'ÉDITEUR

OPHTHALMIC HOSPITAL

RAPPORT DE LA COMMISSION
pour l'Assistance Oculistique des Aveugles (1)

LA CÉCITÉ & LES AVEUGLES
EN FRANCE

Par MM. TROUSSEAU et TRUC, Rapporteurs

LA CÉCITÉ EN FRANCE

STATISTIQUES.— RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE.— CAUSES

Par le Dr TROUSSEAU.

Il est à peine besoin, au double point de vue social et humanitaire, de faire ressortir l'importance de l'étude qui m'est dévolue.

Tout aveugle est, par le fait de son infirmité, incapable de se suffire à lui-même ; il ne peut, en l'état actuel des choses, se livrer à un travail vraiment productif, il est donc un membre inutile de la communauté sociale. S'il n'a pas de patrimoine, et c'est le cas habituel, il devient vite à charge aux siens d'abord, à l'Etat ensuite qui est mis dans l'obligation de l'assister personnellement ainsi qu'un ou plusieurs membres de sa famille, dépourvus de l'apport du chef ou forcés de se consacrer complètement aux soins que nécessite un individu privé de la vue.

La situation morale et physique du malheureux aveugle

(1) La Commission était divisée en deux sous-commissions composées, la première de MM. Badal, Gayet et Trousseau, rapporteur ; la seconde de MM. Javal, Mayer et Truc, rapporteur.

est suffisamment émouvante pour qu'il soit oiseux de la dépeindre.

Il y a donc intérêt majeur, tant au point de vue de l'humanité qu'au point de vue du bon fonctionnement et de l'économie du régime social, à ce que soient prises, édictées toutes mesures capables de prévenir la cécité.

L'Etat intervenant dépensera moins d'argent pour conserver la vue à un citoyen que pour l'entretenir et le pensionner lorsqu'il est devenu aveugle. Il aura, en outre, l'avantage de conserver un collaborateur actif, consommant en produisant.

Magnus ne prouvait-il pas, il y a quelques années, que la Prusse économiserait 8 millions de marcs par an si la prophylaxie de la seule ophtalmie purulente était réalisée !

Aujourd'hui l'attention des Pouvoirs publics se fixe de plus en plus sur les moyens de prévenir le développement des diverses maladies et sur les mesures générales propres à les combattre dès leur éclosion. Pourquoi l'hygiène oculaire comprise dans le sens que je viens d'indiquer n'occuperait-elle pas une large place dans les préoccupations actuelles. N'en est-elle pas digne, et les mesures capables de sauver un malade de la cécité le cèdent-elles en importance à celles qui ont pour but de combattre l'apparition de la fièvre typhoïde? La cécité ne supprime-t-elle pas un citoyen ?

Quand, en 1892 (*Archives d'ophtalmologie*), j'étudiai les causes de la cécité sur les pensionnaires des Quinze-Vingts, je fus rapidement convaincu que la moitié des individus pensionnés par l'Etat, condamnés à la stérilité, auraient pu, avec des précautions hygiéniques ou des soins appropriés, ne rien coûter à leurs concitoyens, se suffire à eux-mêmes, faire vivre leurs familles, rapporter à leur patrie.

J'insiste encore une fois sur ce point que l'aveugle est plus qu'une non-valeur, il est une source de dépenses pour son pays ; d'où ce grand principe qui doit être mis en relief, à savoir : qu'assister l'aveugle est bien, mais qu'empêcher un être en pleine vie, en pleine puissance de perdre la vue est encore mieux.

Pour atteindre ce but, il faut connaître avec précision les causes de la cécité, les cas dans lesquels elle aurait pu être

évitée, les moyens efficaces de la prévenir. C'eût été pour moi une grande joie et un beau titre de gloire que d'apporter ici tous les éléments nécessaires à la solution de ces divers problèmes. Malheureusement, la tâche est plus lourde qu'elle ne paraît au premier abord et l'initiative privée est incapable de réussir là où l'intervention du pouvoir central, avec tous les moyens dont elle dispose, aurait de la peine à aboutir.

Les enquêtes sur les causes de la cécité sont longues, minutieuses, onéreuses. Relever seulement le nombre exact des aveugles n'a pu être fait en France officiellement, malgré deux tentatives récentes (1876-1883). Il est relativement aisé de recenser les aveugles qui ont fréquenté les cliniques et les hôpitaux, ceux qui sont inscrits aux bureaux de bienfaisance ou reçoivent des secours de l'État, ou des Sociétés spéciales ; mais presque tous les aveugles indépendants, doués de quelques ressources, échappent aux recherches. L'aveugle découvert il faut encore préciser les causes de sa cécité, ce travail ne peut être fait que par un oculiste exercé, capable de poser un diagnostic rétrospectif, de ne pas considérer l'état de l'œil qu'il examine comme étant celui qui a déterminé la cécité, de chercher, par exemple, derrière une cataracte, le décollement de la rétine ou le glaucome, la cause première d'une atrophie des globes oculaires ou des leucomes de la cornée ; il faut une enquête sur les lieux qu'a habités l'aveugle au début de sa maladie oculaire, sur sa profession, ses unions, son genre de vie, sa constitution, ses maladies passées ou présentes, ses ascendants ou descendants, des recherches, sur l'hérédité, la consanguinité, etc. Il faudrait éviter de faire figurer dans les relevés plusieurs fois les mêmes individus.

Nous ne posséderons de statistique parfaite en France que lorsque chaque maire aura compté les aveugles de sa commune, aura fait remplir par la famille ou les ayants-droit un questionnaire très complet, et par un ophtalmologiste, une feuille d'examen bien ordonnée, le tout devant être dépouillé finalement par une commission compétente. Il paraît que pour réaliser ces desiderata une somme considérable serait nécessaire ; il s'agirait de savoir si, en ne tenant compte que de la

question économique, cette dépense ne constituerait pas pour l'Etat un fructueux placement. Je suis tout disposé à le croire.

En France, quelques ophtalmologistes, Dumont, Daumas, Fievzal (1), Truc et Jalabert (2), Vassal (3), ont publié des statistiques limitées, vu les moyens restreints d'investigations dont ils disposaient. Avec la meilleure intention un médecin, même à la tête d'un grand service hospitalier, ne peut apporter qu'une faible contribution à l'étude qui nous intéresse et il est certain que des statistiques fournies par des praticiens exerçant dans la même région comprennent souvent les mêmes sujets, l'incurable réclamant du secours de tous côtés. Lorsque j'ai adressé à mes confrères une lettre circulaire leur demandant de m'aider dans la confection de ce rapport,je faisais appel à leur bonne volonté, sachant fort bien que je ne pouvais obtenir des renseignements d'une absolue précision. Je crains que plusieurs ne se soient vite démontés et n'aient oublié que la plus petite pierre est utile pour la construction d'un édifice.Persuadé de ceci, j'ai lutté contre le découragement qui m'a saisi devant l'énormité de la tâche et l'impossibilité de fournir un travail complet. Ne pouvant faire très bien, j'ai fait pour le mieux.

J'ai essayé de produire un rapport aussi clair que possible, ne donnant que des faits bien observés avec des garanties de premier ordre. Il m'aurait été facile de grossir les chiffres en acceptant les renseignements venus de tous côtés, mais l'œuvre aurait perdu tout caractère scientifique et d'utilité générale. J'ai eu soin d'éliminer les cas douteux ou de ne les faire figurer qu'à titre documentaire, ne conservant, pour en tirer des conclusions définitives, que les statistiques vérifiées par moi ou fournies par des ophtalmologistes compétents, avec des détails suffisamment précis.

Je dois des remerciements tout spéciaux à ceux de mes collègues, dont les noms suivent, et qui m'ont envoyé bon nombre de cas de cécité :

(1) *Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts* et *mémoire Congrès de Genève*, 1882.
(2) *Montpellier médical*, 13 juin 1893.
(3) Thèse de Bordeaux, 1893.

L. Dor, 35 cas de cécité binoculaire, 94 de cécité monoculaire, recueillis sur 2.000 observés ; Meyer, 54 c. b.,138 m. sur 10.000 ; H. Villard (de Montpellier),77 c. b. 249 m.,sur 4.600 ; de Micas (Toulouse), 57 c. b., 236 m., sur 10.300 ; Landolt, 1060 cas de cécité binoculaire ou monoculaire pris sur 1484 yeux de l'Institution des jeunes aveugles ; de Spéville, 68 c. b. sur 5.000 ; Fage (d'Amiens), 69 observations très détaillées de cécité binoculaire recueillis sur les pensionnaires de l'hospice St-Victor, plus de 78 cas de c. b. et 263 c. m. ; Golesceano, aide de clinique aux Quinze-Vingts,667 c. b. 1333 m. après dépouillement laborieux des fiches de la clinique qui lui a permis de recueillir 2.000 cas de cécité, dont l'étude détaillée a paru dans un volume intitulé : « Les aveugles à travers les âges. La clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts »; Augiéras, de Laval, 20 c. b., 44 m. ; Aubineau (Brest),328 c. b.,672 m. d'après les malades observés depuis 5 ans. Fouchard (du Mans), 21 c. b., 48 m. ; Leprince (Bourges),5 c. b. et 41 m. sur 1.000 ; Salva (Grenoble),57 c. b. ; 197 m.,sur 5.000 malades de son cabinet; Vignes, 28 c. b., 83 m., de Wecker et Laygnier, son chef de clinique,48 c. b.,143 m. sur 10.000 malades ; de Lapersonne, 248 c. b. et 350 c. m. sur 10.000 malades de l'hôpital St-Sauveur de Lille ; Trumet de Fontarce, conseiller général de l'Aube, qui a pu intéresser à la question le Préfet du département, mettre en action les maires de 446 communes et fournir la statistique exacte de la cécité dans ce département, soit 273 c. b.,448 m. ; Delbès (de Périgueux), 505 c. b. ; Truc (Montpellier), qui m'a adressé un important travail sur lequel j'aurai l'occasion de revenir, visant 2.386 cas de cécité bi ou monoculaire sur 40.000 malades ; Aurand (Lyon), 21 c. b., 157 m. sur 4.000 cas ; Vacher (d'Orléans),166 c. b., 327 m. ; Ostwalt, 24 c. b., 85 m. ; Kalt, médecin des Quinze-Vingts, Millet et Hourmowziadès, aides de clinique au même établissement, qui m'ont recueilli des cas de cécité monuculaire.

Plusieurs de ces ophtalmologistes ont joint à leurs statistiques d'utiles réflexions que j'utiliserai dans le cours de ce travail. D'autres collègues tels que le Professeur Dianoux (de Nantes), les docteurs Bourgeois et Bagnéris (de Reims), Pechdo (de Villefranche), Chevalier (du Mans), Valois (de

Moulins), m'ont communiqué d'intéressantes notes qui seront dépouillées en bonne place.

Des médecins d'Etablissements publics tels que les Docteurs Bonnefoy (Ecole Braille), Leboucq (St-Jean-de-Dieu), Deroye (Jeunes Aveugles de Dijon), se sont livrés à de minutieuses recherches et m'ont adressé d'excellents documents.

Je dois des remerciements particuliers à M. Péphau, directeur des Quinze-Vingts et de l'Ecole Braille, fondateur de la Société nationale d'assistance des Aveugles, qui, avec le zèle qu'il a toujours déployé dans la lutte contre la cécité, s'est mis entièrement à ma disposition, a fait agir ses bureaux et a pu me procurer des statistiques concernant un grand nombre d'établissements d'aveugles, tels que ceux de Laon, de Nancy, Clermont-Ferrand, St-Jean-de-Dieu, Bicêtre, Dijon, Toulouse, Lyon, Montpellier, Saintes,dont les directeurs ont répondu aimablement à sa demande.

Définition de l'aveugle.

Pour la régularité d'études ultérieures analogues à celle-ci, il est désirable que la Société française d'ophtalmologie adopte une définition précise de l'aveugle.

Doit-on exclusivement considérer comme tel un sujet dont la vision est complètement abolie, réduite à la perception lumineuse, par exemple? D'accord avec le professeur Truc, dont le rapport est lié au mien, j'ai cru pouvoir admettre comme aveugle *tout sujet qui n'a pas assez de vue d'une façon définitive pour travailler et vivre avec ses yeux*, me plaçant ainsi exclusivement au point de vue social, mais n'acceptant pas comme atteint de cécité un individu dont l'acuité visuelle n'est point inférieure à 1/10.

Division du sujet.

Ce travail sera divisé en trois parties.

1° La Cécité en France ; sa répartition géographique.

2° Les Causes de la cécité ;

3° La Prévention de la cécité ;

LA CÉCITÉ EN FRANCE

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE.

Nous ne possédons, pour apprécier le nombre des aveugles en France que deux documents officiels, la statistique de 1876 et celle de 1883, faites par les soins du Ministère de l'Intérieur. J'espérais pouvoir également publier la statistique de 1901, actuellement en préparation, mais le Parlement n'a voté les crédits nécessaires qu'en les affectant à plusieurs exercices, aussi ne puis-je prévoir à quelle époque verra le jour cette dernière statistique. Nous devrons, sans doute, l'attendre quelques années.

Les chiffres de 1876 et de 1883 sont inférieurs à la réalité pour les motifs que j'indiquais plus haut, beaucoup d'aveugles non assistés échappant au recensement. D'après un travail de contrôle auquel je me suis livré sur le nombre d'aveugles vivant dans deux départements en 1883, je suis persuadé qu'il existe un écart considérable entre le nombre réel des aveugles et celui qui est porté sur les documents publiés.

Telles qu'elles sont, les statistiques officielles sont bien imparfaites puisqu'elles n'indiquent ni l'âge, ni la profession de l'aveugle, ni les causes de la cécité. Elles distinguent seulement les individus en enfants et adultes, celle de 1876 acceptant comme enfants les sujets de 0 à 15 ans, celle de 1883, ceux de 0 à 21 ans. Elles donnent bien le nombre d'aveugles par départements, mais ne les groupent pas par région et surtout, ce qui serait fort intéressant, ne notent pas la proportion des aveugles par rapport au nombre d'habitants dans chaque département. J'ai donc dû, pour combler cette lacune, me livrer à un travail spécial qu'on trouvera plus loin résumé en deux tableaux.

J'ai cru intéressant de rapprocher les statistiques de 1876

et de 1883 et de les publier en un seul tableau qui permettra de comparer les chiffres sans effort. Pour établir la répartition géographique je ne me suis servi que de la statistique de 1883, qui est plus près de nous et, par suite, nous intéresse davantage.

Si l'on groupe les chiffres de 1876 on arrive aux résultats suivants :

Sexe masculin :	Enfants :	2.109	
—	Adultes :	12.417	Total : 15.526
Sexe féminin :	Enfants :	2.085	
—	Adultes :	10.883	Total : 12.968
	Total général. . . .		28.494 aveugles.

Les chiffres de 1883 donnent :

Sexe masculin :	Enfants :	1.360	
—	Adultes :	17.126	Total : 18.486
Sexe féminin :	Enfants :	1.098	
—	Adultes :	12.382	Total : 13.480
	Total général. . . .		31.966 aveugles.

Ce recensement montre que les individus du sexe féminin sont moins touchés que ceux du sexe masculin, ce qui s'explique par les conditions sociales et professionnelles qui diffèrent sensiblement pour les deux sexes. Les femmes par leur existence sédentaire et souvent oisive échappent à l'influence de certaines causes de cécité telles que les ulcères à hypopion, les traumatismes accidentels et professionnels pour ne citer que ces exemples.

L'écart entre les enfants de chaque sexe est un peu moins considérable qu'entre les adultes hommes ou femmes, parce que dans les premières années de la vie le genre d'existence est à peu près semblable pour les filles et pour les garçons ; ces derniers en avançant en âge s'exposent pourtant plus que les premières, aux traumatismes, par la nature de leurs jeux et leur caractère plus audacieux, d'où des chances en plus de cécité.

En comparant les deux résumés des statistiques 1876-1883, on est frappé d'un fait, qui semble anormal, étant donnés les progrès indéniables de la science et de l'assistance ophtalmologiques, à savoir : l'accroissement du nombre des aveugles dans les sept années qui séparent les deux recensements,

sans que la population qui s'est accrue, il est vrai, ait augmenté parallèlement. Cette constatation serait peu encourageante n'était que la statistique de 1883 ayant été précédée du travail préliminaire de 1876 s'est appuyée sur des bases plus solides et a dépisté un plus grand nombre d'aveugles. Elle est plus près de la réalité. Quand la statistique de 1901 verra le jour, je ne serais pas étonné qu'elle nous révélât encore une augmentation apparente du nombre d'aveugles, malgré que mes renseignements particuliers me prouvent leur diminution évidente sur plusieurs points du territoire français.

L'augmentation porte exclusivement sur les adultes ; on constate, au contraire, une diminution chez les enfants et cette diminution est bien réelle puisque en 1883 les recherches ont été plus parfaites et qu'on a compté comme enfants les sujets de 0 à 21 ans, alors qu'en 1876 on n'avait accepté comme tels que ceux de 0 à 15 ans. J'estime que ce résultat est presque entièrement dû aux progrès réalisés dans le traitement de l'ophtalmie purulente qui, je l'espère, disparaîtra un jour de la liste noire. Cette diminution du nombre des enfants aveugles est du meilleur augure pour les constatations futures.

D'après le dernier recensement le nombre des aveugles était donc en France de 31.966 pour une population évaluée à cette époque à 36.905.788 habitants, soit une proportion de 0, 08 ou 8 aveugles par 10.000 habitants, proportion considérable et pourtant inférieure à la réalité.

La France qui se pique de marcher la première dans la voie humanitaire, devrait s'honorer de compter parmi les nations européennes le plus petit nombre d'aveugles. D'après la table générale de la cécité dressée par Carreras Arago, il n'en est pas ainsi puisque le Danemark, la Suède, l'Autriche, la Suisse, la Hollande possèdent moins d'aveugles. La Hollande entre autres n'a qu'une proportion de 4,46 aveugles pour 10.000 habitants.

Je vais maintenant fournir deux tableaux détaillés. Le premier contient les statistiques comparées de 1876 et de 1883 telles qu'elles ont été publiées par le ministère de l'Intérieur, je n'ai fait que les réunir pour permettre les comparaisons. Le second indique, d'une manière générale, la répartition

géographique de la cécité en France. Je me suis servi pour l'établir des documents de 1883. La France a été divisée en neuf régions : ouest, nord-ouest, nord, nord-est, centre, est, sud-ouest, sud et sud-est. Comme il est encore d'usage de donner à certaines régions ou à certaines parties des régions le nom des anciennes provinces, j'ai fait figurer ces noms à côté de ceux des départements qui les composaient.

Statistiques du nombre des aveugles en France, dressées en 1876 et 1883 par les soins du Ministère de l'Intérieur

Sexe masculin.

DÉPARTEMENTS	ENFANTS DE		ADULTES	
	1876 0 à 15 ans	1883 0 à 21 ans	1876	1883
Ain	12	10	134	165
Aisne	38	29	182	247
Allier	11	10	110	102
Alpes (Basses-)	17	3	63	97
Alpes (Hautes-)	14	9	20	92
Alpes-Maritimes	17	8	54	143
Ardèche	24	9	180	246
Ardennes	11	10	156	132
Ariège	16	4	131	153
Aube	19	4	57	132
Aude	18	10	198	261
Aveyron	31	20	158	249
Bouches-du-Rhône	14	36	245	342
Calvados	42	24	226	334
Cantal	19	10	94	96
Charente	31	23	139	169
Charente-Inférieure	32	9	118	220
Cher	20	16	99	90
Corrèze	27	13	101	112
Corse	54	21	187	305
Côte-d'Or	18	16	111	188
Côtes-du-Nord	48	33	252	359
Creuse	8	7	77	100
Dordogne	18	25	180	158
Doubs	23	11	14	115
Drôme	18	7	127	157
Eure	20	8	161	232
Eure-et-Loir	14	10	143	120
Finistère	58	29	256	380
Gard	28	14	278	313
Garonne (Haute-)	44	18	84	303
Gers	5	7	136	138
Gironde	42	12	238	203
Hérault	48	15	330	383
Ille-et-Vilaine	52	18	153	206
Indre	9	7	86	102
Indre-et-Loire	50	9	62	96
Isère	23	17	199	236
Jura	12	10	133	132

DÉPARTEMENTS	ENFANTS DE		ADULTES	
	1876 0 à 15 ans	1883 0 à 21 ans	1876	1883
Landes	5	8	59	84
Loir-et-Cher	11	8	84	76
Loire	60	20	178	224
Loire (Haute-)	17	14	105	158
Loire-Inférieure	22	31	166	213
Loiret	13	13	132	147
Lot	14	9	137	159
Lot-et-Garonne	19	5	186	143
Lozère	16	10	83	79
Maine-et-Loire	25	14	34	172
Manche	54	15	220	329
Marne	32	9	130	158
Marne (Haute-)	6	7	101	165
Mayenne	30	10	127	116
Meurthe-et-Moselle	28	25	205	168
Meuse	11	14	114	118
Morbihan	45	23	164	288
Nièvre	21	9	104	146
Nord	87	81	483	664
Oise	19	12	180	163
Orne	19	7	236	212
Pas-de-Calais	38	57	302	373
Puy-de-Dôme	31	33	246	252
Pyrénées (Basses-)	16	12	87	195
Pyrénées (Hautes-)	10	6	94	162
Pyrénées-Orientales	9	8	162	152
Rhin (Haut-) Belfort	4	3	13	29
Rhône	13	26	137	197
Saône (Haute-)	20	15	142	136
Saône-et-Loire)	16	24	239	204
Sarthe	11	14	171	103
Savoie	14	6	30	140
Savoie (Haute-)	17	16	122	120
Seine	65	52	605	1.013
Seine-Inférieure	20	25	237	273
Seine-et-Marne	18	11	124	140
Seine-et-Oise	10	21	203	203
Sèvres (Deux-)	9	7	119	122
Somme	22	32	229	274
Tarn	15	11	173	202
Tarn-et-Garonne	20	2	176	202
Var	12	10	182	237
Vaucluse	50	4	117	182
Vendée	36	11	123	132
Vienne	23	5	73	91
Vienne (Haute-)	15	15	78	84
Vosges	24	25	192	159
Yonne	12	14	141	159
Total	2.109	1.360	13.417	17.126

Statistiques du nombre des aveugles en France dressées en 1876 et 1883

Sexe féminin.

DÉPARTEMENTS	ENFANTS DE 1876 0 à 15 ans	ENFANTS DE 1883 0 à 21 ans	ADULTES 1876	ADULTES 1883
Ain	24	12	100	81
Aisne	43	14	225	217
Allier	10	6	57	74
Alpes (Basses-)	6	6	33	61
Alpes (Hautes-)	53	4	40	72
Alpes-Maritimes	9	8	19	61
Ardèche	35	16	116	115
Ardennes	10	5	119	104
Ariège	15	8	69	97
Aube	22	6	62	105
Aude	5	8	101	163
Aveyron	11	13	108	124
Bouches-du-Rhône	14	38	137	175
Calvados	30	11	118	283
Cantal	13	14	90	121
Charente	15	10	76	131
Charente-Inférieure	26	24	101	124
Cher	9	12	84	45
Corrèze	24	16	83	83
Corse	71	16	150	274
Côte-d'Or	58	11	139	122
Côtes-du-Nord	58	27	225	282
Creuse	3	7	66	84
Dordogne	13	15	110	104
Doubs	115	5	75	70
Drôme	12	10	81	68
Eure	48	11	157	197
Eure-et-Loir	7	5	149	138
Finistère	25	21	188	316
Gard	12	8	184	166
Garonne (Haute-)	33	9	53	210
Gers	6	2	89	139
Gironde	17	6	187	98
Hérault	43	15	215	270
Ille-et-Vilaine	53	12	98	129
Indre	7	10	78	84
Indre-et-Loire	34	6	64	113
Isère	33	16	176	155
Jura	6	10	64	85

DÉPARTEMENTS	ENFANTS DE		ADULTES	
	1876 0 à 15 ans	1883 0 à 21 ans	1876	1883
Landes	6	7	70	74
Loir-et-Cher	12	5	91	77
Loire	14	15	101	157
Loire (Haute-)	44	13	88	121
Loire-Inférieure	13	23	130	134
Loiret	15	9	96	97
Lot	12	4	88	97
Lot-et-Garonne	11	4	126	80
Lozère	17	6	35	58
Maine-et-Loire	118	6	95	128
Manche	36	4	211	276
Marne	18	2	125	102
Marne (Haute-)	6	12	82	105
Mayenne	39	11	84	81
Meurthe-et-Moselle	21	28	141	131
Meuse	8	6	125	85
Morbihan	89	21	150	175
Nièvre	10	5	100	95
Nord	63	47	518	478
Oise	18	10	164	171
Orne	17	16	142	147
Pas-de-Calais	29	39	306	310
Puy-de-Dôme	17	18	155	155
Pyrénées (Basses-)	14	15	69	93
Pyrénées (Hautes-)	6	3	54	106
Pyrénées-Orientales	1	6	166	111
Rhin (Haut) (Belfort)	»	2	15	14
Rhône	11	46	107	114
Saône (Haute-)	13	6	116	110
Saône-et-Loire	11	22	127	108
Sarthe	16	10	151	197
Savoie	97	11	106	81
Savoie (Haute-)	10	6	70	76
Seine	45	73	605	1.003
Seine-Inférieure	16	21	271	276
Seine-et-Marne	6	5	127	88
Seine-et-Oise	10	17	156	156
Sèvres (Deux-)	10	7	65	76
Somme	19	16	221	268
Tarn	7	6	109	122
Tarn-et-Garonne	8	4	105	122
Var	8	3	92	52
Vaucluse	25	4	70	74
Vendée	36	13	137	88
Vienne	9	6	74	66
Vienne (Haute-)	9	8	54	73
Vosges	12	13	151	113
Yonne	25	11	156	121
Totaux	2.085	1.098	10.883	12.382

Répartition géographique de la cécité en France

(d'après la statistique de 1883)

	PROVINCES	DÉPARTEMENTS	ENFANTS			ADULTES			TOTAL GÉNÉRAL	TOTAL POUR LA RÉGION
			Garçons	Filles	Total	Hommes	Femmes	Total		
Région de l'Ouest **Nantes**	Bretagne	Finistère. . . . Côtes-du-Nord . Ille-et-Vilaine. . Morbihan . . . Loire-Inférieure	134	104	238	1.446	1.036	2.482	2.720	3.664
	Anjou	Maine-et-Loire .	14	6	20	172	128	300	320	
	Poitou	Vendée . . . . Deux-Sèvres . . Vienne.	23	26	49	345	230	575	624	
Région du Nord-Ouest **Rouen**	Normandie	Manche . . . . Calvados. . . . Seine-Inférieure Orne. . . . . . Eure.	79	63	142	1.380	1.179	2.559	2.701	3.243
	Maine	Mayenne. . . . Sarthe.	24	21	45	219	278	497	542	
Région du Nord **Lille-Paris**	Picardie	Somme	32	16	48	274	268	542	590	6.284
	Artois	Pas-de-Calais. .	57	39	96	373	310	683	779	
	Flandre	Nord.	81	47	128	664	478	1.142	1.270	
	Ile-de-France	Oise. . . . . . Aisne . . . . . Seine-et-Oise. . Seine . . . . . Seine-et-Marne.	125	119	244	1.766	1.635	3.401	3.645	
Région du Nord-Est **Nancy**	Champagne	Ardennes . . . Aube. . . . . . Marne. . . . . Haute-Marne. .	30	25	55	587	416	1.003	1.058	1.991
	Alsace	Belfort.	3	2	5	29	14	43	48	
	Lorraine	Meuse . . . . . Meurthe-et-Moselle. . . . . Vosges	64	47	111	445	329	774	885	
Région du Centre **Bourges**	Orléanais	Eure-et-Loir . . Loir-et-Cher . . Loiret	31	19	50	343	312	655	705	1.748
	Touraine	Indre-et-Loire .	9	6	15	96	113	209	224	
	Berry	Indre . . . . . Cher	23	22	45	192	129	321	366	
	Nivernais	Nièvre.	9	5	14	146	95	241	255	
	Marche	Creuse.	7	7	14	100	84	184	198	

	PROVINCES	DÉPARTEMENTS	ENFANTS			ADULTES			TOTAL GÉNÉRAL	TOTAL POUR LA RÉGION
			Garçons	Filles	Total	Hommes	Femmes	Total		
Région du Centre **Bourges.**	Limousin	Haute-Vienne Corrèze	28	24	52	196	156	352	404	1.295
	Auvergne	Puy-de-Dôme. Cantal	43	32	75	348	276	624	699	
	Bourbonnais	Allier	10	6	16	102	74	176	192	
Région de l'Est. **Lyon.**	Bourgogne	Côte-d'Or Saône-et-Loire Ain Yonne	64	56	120	716	432	1.148	1.268	2.356
	Franche-Comté	Haute-Saône Jura Doubs	36	21	57	383	265	648	705	
	Lyonnais	Rhône	26	46	72	197	114	311	383	
Région du Sud-Ouest. **Bordeaux.**	Aunis	Charente-Infér.	9	24	33	220	124	344	377	3.619
	Saintonge et Angoumois	Charente	23	10	33	169	131	300	333	
	Guyenne	Gironde Dordogne Lot-et-Garonne. Lot Aveyron Tarn-et-Garonne	73	46	119	1.114	625	1.739	1.858	
	Gascogne	Gers. Landes. Hautes-Pyrénées	21	12	33	384	319	703	736	
	Béarn	Basses-Pyrénées	12	15	27	195	93	288	315	
Région du Sud. **Toulouse.**	Languedoc	Loire Haute-Garonne Tarn Aude Hérault Gard Lozère Haute-Loire Ardèche	121	96	217	2.169	1.382	3.551	3.768	4.307
	Comté de Foix	Ariège	4	8	12	153	97	250	262	
	Roussillon	Pyrénées-Orientales	8	6	14	152	111	263	277	

	PROVINCES	DÉPARTEMENTS	ENFANTS			ADULTES			TOTAL GÉNÉRAL	TOTAL POUR LA RÉGION
			Garçons	Filles	Total	Hommes	Femmes	Total		
Région du Sud-Est. **Marseille.**	Savoie	Savoie. . . . . Haute-Savoie. .	22	17	39	260	157	417	456	3.459
	Dauphiné	Isère. . . . . . Drôme. . . . . Hautes-Alpes. .	33	30	63	485	295	780	843	
	Provence	Bouches-du-Rhône. . . . Basses-Alpes. . Var	49	47	96	676	288	964	1.060	
	Corse	Corse	21	16	37	305	274	579	616	
	Comté de Nice	Alpes-Maritimes	8	8	16	143	61	204	220	
	Comtat-d'Avignon	Vaucluse. . . .	4	4	8	182	74	256	264	

RÉCAPITULATION.

RÉGIONS	ENFANTS			ADULTES			TOTAL	
	Garçons	Filles	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	général	
Ouest . . .	171	136	307	1.963	1.394	3.357	3.664	Nantes.
Nord-Ouest.	103	84	187	1.599	1.457	3.056	3.243	Rouen.
Nord. . . .	295	221	516	3.077	2.691	5.768	6.284	Lille-Paris.
Nord-Est. .	97	74	171	1.061	759	1.820	1.991	Nancy.
Centre. . .	160	121	281	1.523	1.239	2.762	3.043	Bourges.
Est	126	123	249	1.296	811	2.107	2.356	Lyon.
Sud-Ouest .	138	197	245	2.082	1.292	3.374	3.619	Bordeaux.
Sud	133	110	243	2.474	1.590	4.064	4.307	Toulouse.
Sud-Est . .	137	122	259	2.051	1.149	3.200	3.459	Marseille.
	1.360	1.098	2.458	17.126	12.382	29.508	31.966	

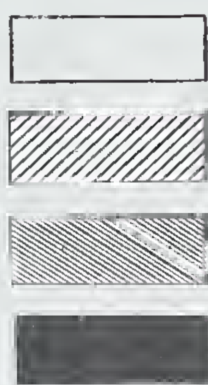
Ce dernier tableau donne une bonne idée de la répartition géographique de la cécité d'une manière générale, mais comme diverses parties d'une même région peuvent être soumises à des influences spéciales, j'en ai dressé un autre plus complet qui indique la répartition, proportionnelle à la population, des aveugles, dans chaque département. J'ai classé les départements par nombre d'aveugles, c'est ainsi que la Seine tient la tête avec 2.141 aveugles et que le territoire de Belfort arrive le dernier avec 48 aveugles. La population du premier département étant de 2.410.849 habitants, celle du second de 68.600 habitants (à l'époque où la statistique a été faite), on pourrait être frappé au premier abord de ce fait que le nombre des aveugles, en ne considérant les choses qu'en gros, est proportionnel au nombre d'habitants. Ceci est souvent exact, mais il y a d'assez nombreuses exceptions. Une des plus évidentes concerne la Corse qui contient 616 aveugles pour 262.701 habitants, ce qui donne le chiffre formidable de 23 aveugles pour 10.000 habitants. Il y a donc d'autres causes que la densité de la population, pour la multiplication des aveugles. En étudiant ce document on ne perdra pas de vue que certains départements contiennent des asiles d'aveugles et forment ainsi des lieux de concentration, ce qui leur donne une place injustement défavorable dans la proportionnalité. Si on retirait, par exemple, à la Seine, les aveugles réunis aux Quinze-Vingts, aux Jeunes Aveugles et dans les quatre autres asiles qu'elle contient, son chiffre serait réduit de telle manière qu'elle occuperait une place excellente dans le pourcentage, ce qui ne serait que justice, les aveugles des asiles (excepté ceux de l'Ecole Braille) venant de toute la France. Plusieurs autres départements devraient profiter d'une semblable défalcation : le Pas-de-Calais (2 asiles), l'Hérault (1), les Bouches-du-Rhône (1), la Haute-Garonne (1), l'Aisne (1), le Puy-de-Dôme (1), la Loire-Inférieure (1), Seine-et-Oise (1), le Rhône (2), l'Orne (1), Meurthe-et-Moselle (1), la Côte-d'Or (1), le Maine-et-Loire (1), la Gironde (2), les Alpes-Maritimes (1), l'Indre (1), l'Allier (1), la Haute-Vienne (1) et la Vienne (1), si tant est qu'ils reçoivent dans leurs asiles des aveugles des départements voisins, ce que nous fera connaître, sans doute, le rapport du professeur Truc.

CARTE DE LA CÉCITÉ EN FRANCE

dressée d'après la Statistique de 1883

et désignant par département

la proportion des Aveugles par 10.000 habitants



Départements ayant une population aveugle dans la proportion de 0 à 5 par 10.000 habitants 9 départements

— — — — 6 à 9 — — 26 —

— — — — 10 à 20 — — 51 —

— — — — 21 à 25 — — 1 —

Pour rendre plus manifeste la proportion des aveugles par 10.000 habitants, j'ai prié M. Trouillard, l'intelligent économe des Quinze-Vingts, de bien vouloir établir une carte indiquant cette proportion dans chaque département. Elle est très claire, chaque chiffre correspondant au nombre d'aveugles pour 10.000 individus. La Seine qui porte le chiffre 8 contient donc 8 aveugles pour 10.000 habitants, le territoire de Belfort qui porte le chiffre 6, 6 aveugles pour 10.000 habitants.

On pourra donc consulter une carte de la cécité en France, montrant sa répartition géographique et proportionnelle à la population.

Répartition proportionnelle à la population du nombre des Aveugles dans chaque département

(d'après la statistique de 1883)

DÉPARTEMENTS	NOMBRE D'AVEUGLES	POPULATION	POURCENTAGE	
Seine	2.141	2.410.849	0,08	ou 8 par 10.000 habit.
Nord	1.270	1.519.585	0,08	»
Pas-de-Calais	779	793.140	0,09	»
Finistère	746	666.106	0,11	»
Côtes-du-Nord	701	630.957	0,11	»
Hérault	683	445.053	0,15	»
Calvados	652	450.220	0,14	»
Manche	624	539.910	0,11	»
Corse	616	262.701	0,23	»
Seine-Inférieure	595	798.414	0,07	»
Bouches-du-Rhône	591	556.379	0,10	»
Somme	590	556.641	0,10	»
Haute-Garonne	540	477.730	0,11	»
Morbihan	507	506.573	0,10	»
Aisne	507	560.427	0,09	»
Gard	501	423.804	0,11	»
Puy-de-Dôme	458	570.207	0,08	»
Eure	448	373.629	0,11	»
Aude	442	300.065	0,14	»
Isère	424	581.099	0,07	»
Loire	416	590.613	0,07	»
Aveyron	406	413.826	0,09	»
Loire-Inférieure	401	612.972	0,06	»
Seine-et-Oise	397	561.990	0,07	»
Ardèche	386	384.378	0,10	»
Rhône	383	705.131	0,05	»
Orne	382	392.526	0,09	»
Charente-Inférieure	377	465.628	0,08	»
Ille-et-Vilaine	365	602.712	0,06	»
Saône et-Loire	358	614.309	0,05	»
Oise	356	401.618	0,08	»
Meurthe-et-Moselle	352	404.609	0,08	»
Tarn	341	359.232	0,09	»
Côte-d'Or	337	377.663	0,08	»
Charente	333	373.950	0,07	»
Tarn-et-Garonne	330	221.364	0,14	»
Sarthe	324	446.239	0,07	»
Maine-et-Loire	320	517.258	0,06	»
Gironde	319	735.242	0,04	»
Basses-Pyrénées	315	431.525	0,07	»
Vosges	310	407.082	0,07	»
Haute-Loire	306	313.721	0,09	»

DÉPARTEMENTS	NOMBRE D'AVEUGLES	POPULATION	POURCENTAGE	
Yonne	305	359.070	0,08	»
Dordogne	302	489.848	0,06	»
Var	302	295.763	0,10	»
Haute-Marne	289	252.448	0,11	»
Gers	286	283.546	0,10	»
Hautes-Pyrénées	277	238.037	0,11	»
Pyrénées-Orientales	277	197.940	0,13	»
Eure-et-Loir	273	283.075	0,09	»
Marne	271	407.780	0,06	»
Lot	269	276 512	0,09	»
Ain	268	365.462	0,07	»
Haute-Saône	267	304.052	0,08	»
Loiret	266	360 903	0,07	»
Vaucluse	264	255.703	0,10	»
Ariège	262	244.795	0,10	»
Nièvre	255	346.822	0,07	»
Ardennes	251	326.782	0,07	»
Aube	247	255.217	0,09	»
Vendée	244	411.781	0,05	»
Seine-et-Marne	244	347.323	0,07	»
Drôme	242	321.756	0,07	»
Cantal	241	231.086	0,10	»
Savoie	238	268.361	0,08	»
Jura	237	288.823	0,08	»
Lot-et-Garonne	232	316.920	0,07	»
Corrèze	224	311.525	0,07	»
Indre-et-Loire	224	324.875	0,06	»
Meuse	223	294.054	0,07	»
Alpes-Maritimes	220	203.604	0,10	»
Haute-Savoie	218	273.801	0,07	»
Mayenne	218	351.933	0.06	»
Deux-Sèvres	212	336.655	0,06	»
Indre	203	281.248	0,07	»
Doubs	201	306.094	0,06	»
Creuse	198	278.423	0,07	»
Allier	192	405.783	0,04	»
Haute-Vienne	180	336.061	0,05	»
Hautes-Alpes	177	119.094	0,14	»
Landes	173	303.508	0,05	»
Vienne	168	336.061	0,05	»
Basses-Alpes	167	136.166	0,12	»
Loir-et-Cher	166	272.634	0,06	»
Cher	163	345 613	0,04	»
Lozère	153	138.319	0,11	»
Belfort	48	68.600	0,06	»
TOTAL GÉNÉRAL :	31.966	36.905.788	0,08 ou 8 par 10.000 habit.	

Il eût été fort séduisant de pouvoir, d'irréfutable manière, indiquer les raisons pour lesquelles tel département est plus ou moins favorisé que tel autre, de préciser quelles sont les conditions climatériques, géographiques, hygiéniques qui président à la répartition des aveugles sur le territoire français. L'étude de la carte de la cécité ne m'a pas permis de résoudre ces questions ; lorsque je croyais pour un département tenir une explication elle se trouvait vite démentie par les constatations inverses faites dans un département de même valeur comme situation climatérique ou hygiénique. Je me rappelais en faisant ces recherches les longues discussions à la Société française d'ophtalmologie, sur la répartition géographique des granulations, qui ont abouti à des résultats peu concluants et j'abandonnai vite l'ambition qui m'avait tenu, d'établir une géographie ophtalmologique d'utile précision.

Je n'ai tiré de mes recherches qu'une conclusion, peut-être quelque peu discutable, à savoir que le climat, la constitution géologique, la topographie des régions n'avaient que peu d'influence sur la cécité.

Au contraire la situation agricole ou industrielle de la région, la facilité des communications et des secours médicaux, l'état plus ou moins intellectuellement élevé, plus ou moins prospère des habitants, les lois hygiéniques sous lesquelles ils vivent, leur propension plus ou moins grande à l'alcoolisme sont des facteurs importants à noter.

En portant les yeux sur la carte de la cécité on remarque d'emblée que les départements du centre de la France contiennent beaucoup moins d'aveugles que ceux du Midi, que certains de l'Ouest et du Nord-Ouest.

Le Cher, la Gironde, le Rhône sont très favorisés, les moyens de communication y sont faciles, les habitants éduqués et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, les secours ophtalmologiques sont assurés.

La Corse, au contraire, isolée de la France, munie de routes médiocres à l'intérieur, contenant une population spéciale qui méconnaît les règles de l'hygiène, dépourvue de soins médicaux, offre une formidable proportion d'aveugles.

Le Rhône (Lyon), la Gironde (Bordeaux), la Loire-Inférieure

(Nantes), la Seine (Paris) fournissent relativement peu d'aveugles, malgré l'appel fait par les asiles et la large assistance. Or tous ces départements contiennent de grands établissements destinés au traitement des maladies des yeux, des ophtalmologistes exercés, d'où cette conclusion encourageante, que, partout où les malades peuvent être soignés utilement, la cécité tend à diminuer dans de notables proportions.

En étudiant les causes de la cécité je formerai, avec les notes de mes correspondants, un complément à sa répartition géographique, puisque celles-ci me permettront d'établir l'augmentation ou la diminution de telle ou telle maladie facteur habituel de cécité dans les régions sur lesquelles je suis documenté.

CAUSES DE LA CÉCITÉ

Le but de ce travail est de rechercher les causes de la cécité en France, afin de pouvoir les combattre et de diminuer ainsi le nombre des aveugles. Sans la connaissance précise de ces causes, il est impossible d'entamer une lutte efficace contre la cécité, de découvrir les maladies contre lesquelles doivent se concentrer nos efforts, quels sont les vices hygiéniques, les préjugés, les erreurs contre lesquels nous devons nous armer. Cette étude, telle que je la présenterai, aura encore l'avantage de montrer les conquêtes déjà faites, la diminution ou la modification de certaines maladies oculaires graves, en regard de la fréquence ou de l'aggravation de quelques autres ; par suite de limiter exactement notre champ d'action.

Le quatrième Congrès international d'hygiène tenu à Genève en 1882 proposa, au nom de la « Society for the prevention of blindness », de Londres, d'accorder une récompense au meilleur mémoire qui serait présenté au Congrès de La Haye, en 1884, sur les causes et la prévention de la cécité. Le prix fut décerné au mémoire du professeur Ernst Fuchs qui constitue un travail du plus haut intérêt, dans lequel on trouvera beaucoup de documents concernant surtout les pays étrangers et une longue étude sur la prophylaxie de la cécité. Je me garderai bien de rééditer ici le contenu de ce livre fort bien traduit par Fieuzal et que pourraient consulter ceux qui voudront compléter les notions que je chercherai à mettre en valeur. Je renvoie aussi pour certains détails à mon livre sur l'hygiène de l'œil, désirant conserver à ce rapport un caractère original et fuir toute compilation.

Je tiens à éviter le reproche qu'a fait Magnus au mémoire de Fuchs qu'il considérait comme dépourvu de recherches personnelles sur les causes de la cécité et trop abondant en détails sur la prophylaxie, ce qui lui donnait le caractère d'un traité d'hygiène oculaire.

En recherchant les causes de la cécité, je ne me suis jamais borné à établir l'état actuel de l'œil tel qu'on le trouve à l'examen de l'aveugle, car cet état ne peut toujours être considéré comme la cause réelle de la cécité ; j'ai poussé plus loin mes investigations. En effet, il ne suffit pas de mentionner sur une statistique que tel individu est atteint de cataracte compliquée, d'irido-choroïdite, il faut déterminer la cause première du mal apparent. Que se cache-t-il derrière la cataracte? Un glaucome, un décollement de la rétine ; celui-ci était-il myopique ou non? L'irido-choroïdite est-elle due à une affection intraoculaire ou à une maladie générale ; au rhumatisme, à la syphilis?

Pourquoi tel malade a-t-il une atrophie du globe oculaire, pourquoi tel autre a-t-il été énucléé?

Je n'ai accueilli pour établir ma statistique que les faits bien observés qui m'ont été adressés avec des détails précis me permettant de mettre en relief la vraie cause de la cécité. J'ai dû éliminer beaucoup d'observations trop vagues et j'ai préféré limiter le nombre des cas publiés afin de produire une œuvre vraiment utile, qui puisse donner toute confiance au lecteur. Malgré cette sélection ma statistique générale de la cécité binoculaire comprend 3.763 aveugles, alors que celle de Magnus considérée comme la plus étendue des statistiques sérieuses portait sur 2.528 cas de cécité double. Comme annexe à ma statistique je publie celle du professeur Truc qui porte sur 1.756 cas de cécité double, de sorte que dans ce travail il sera possible de dépouiller plus de 5.000 observations.

J'ai donc pu réunir les causes de cécité chez 1/7e environ des aveugles en France. J'ai remarqué que presque toutes les statistiques partielles portant sur 200, 500, 700 cas offraient les mêmes résultats que ma statistique générale, je crois donc que les conclusions qu'on pourra tirer de l'étude de celle-ci doivent être considérées comme valables et ne seraient que bien peu modifiées s'il était possible d'établir les causes de cécité chez tous les aveugles de notre pays.

Je n'ai pas voulu publier séparément les envois de mes correspondants, cette manière de faire aurait rendu confus mon travail, chacun présentant les choses à sa manière et dans un ordre différent, et m'aurait obligé à accueillir tous les faits

en bloc bons et mauvais. Il ne faut pas oublier que j'ai reçu des documents de personnes non rompues aux pratiques de l'ophtalmologie et pourtant, parmi eux, quelques-uns excellents et même de grande valeur grâce à des enquêtes bien conduites.

Les meilleurs faits sont ceux que l'oculiste a pu observer sur le malade lui-même dans le but arrêté d'avance d'établir la cause de cécité. Il peut, outre de sérieuses constatations locales, examiner les annexes de l'œil, les régions voisines, l'état général des sujets et interroger celui-ci sur tout son passé pathologique, ses ascendants, ses descendants, son genre de profession, la manière dont il l'exerce, son hygiène, etc. Les observations relevées sur des registres de cliniques ont moins de valeur, les diagnostics étant jetés parfois un peu trop à la légère sur le papier et n'étant pas entourés d'apports suffisants.

C'est pour ces motifs que je me suis permis de publier à part, en dehors de la statistique générale, une statistique personnelle établie sur les pensionnaires des Quinze-Vingts qui ont presque tous été examinés par moi, soumis à des observations multiples, à des interrogatoires prolongés. Quelques décédés figurent dans la première statistique publiée en 1892, mais j'avais sur ceux-là des documents complets et même le résultat des autopsies.

Je vais donner deux statistiques provenant des Quinze-Vingts, la première est déjà connue puisqu'on a pu la lire dans les *Archives d'ophtalmologie* (1892, p. 210) ; la seconde est inédite et ne comprend que des sujets que j'ai examinés personnellement, entrés à l'hospice depuis 1892 jusqu'à 1902. De la comparaison de ces deux statistiques portant à peu près sur deux périodes décennales résulteront quelques constatations intéressantes.

Je transcris aussi la statistique des causes de cécité chez les enfants de l'Ecole Braille, dont plusieurs ont été examinés avant leur entrée par moi ou mes collègues des Quinze-Vingts chargés de délivrer un certificat documenté. Le relevé complet m'a été fourni par M. le Dr Bonnefoy, médecin de l'Etablissement, habitué aux pratiques ophtalmologiques.

Après ces trois documents je fournirai la statistique géné-

rale qui embrasse tous les cas bien étudiés qui m'ont été communiqués.

J'aurai ainsi mis au jour les causes de la cécité binoculaire et le rapport sera complété par la statistique du professeur Truc que, vu son importance, je publierai telle qu'il me l'a adressée avec une extrême complaisance, mais je ne la commenterai pas, puisqu'elle a paru dans une thèse récente faite sous l'inspiration du professeur de Montpellier, par le Dr Louis Marty, intitulée *La cécité et ses causes dans la région de Montpellier* (Montpellier, 1901), et à laquelle je renvoie ceux qui désirent d'abondants détails sur les causes géographiques sociales, professionnelles et morbides de la cécité dans ladite région.

Je terminerai par la statistique générale des causes de la cécité monoculaire et par la comparaison des causes de cécité binoculaire et monoculaire.

Statistique des causes de cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts relevée en 1892 par le Dr A. Trousseau.

627 SUJETS EXAMINÉS : 387 HOMMES, 240 FEMMES.

	Hommes	Femmes
Maladies congénitales. **44**		
Buphtalmie	3	2
Cataractes congénitales sans cause précisée	6	4
Cataractes congénitales par hérédité	3	1
Kératocone	0	2
Rétinite pigmentaire sans cause précisée	11	7
Rétinite pigmentaire par hérédité	4	1
Maladies de la conjonctive. **125**		
Conjonctivite purulente des nouveau-nés	15	14
Conjonctivite purulente de l'enfance	35	20
Conjonctivite purulente des adultes et conjonctivite blennorrhagique	10	7
Conjonctivite granuleuse	19	5
Maladies de la cornée. **44**		
Scrofulose	10	11
Rougeole	4	4
Variole	10	4
Fièvre typhoïde	1	0

Maladies de l'iris et de la choroïde. **59**		
Irido-choroïdites de cause intra-oculaire.	20	8
Irido-choroïdites dues aux maladies générales. .	7	10
Choroïdites myopiques.	8	6
Glaucome. **66**		
Toutes variétés	39	27
Maladies de la rétine. **57**		
Rétinites, chorio-rétinites	12	8
Décollements de cause non précisée	6	7
Décollements myopiques	9	11
Décollements traumatiques.	2	2
Maladies du nerf optique. **132**		
Atrophie de cause non précisée.	27	16
Atrophie d'origine cérébrale	20	12
Atrophie tabétique	33	21
Névrite optique	2	1
Traumatismes. **54**		
Causes diverses.	23	8
Coups de mines.	13	0
Brûlures	8	2
Ophtalmie sympathique. **14**	10	4
Cécité postopératoire. **30**	20	10

En étudiant cette statistique on remarque que les affections ayant déterminé la cécité sont, par ordre de fréquence, en conservant les groupes dans lesquels je les ai rangées :

Maladies du nerf optique.	132
Maladies de la conjonctive.	125
Glaucome	66
Maladies de l'iris et de la choroïde	59
Maladies de la rétine.	57
Traumatismes	54
Maladies congénitales.	44
Maladies de la cornée.	44
Cécité postopératoire.	30
Ophtalmie sympathique.	14

Parmi les maladies du nerf optique l'atrophie tabétique (54) est celle qui cause le plus de désastres ; parmi celles de la conjonctive l'ophtalmie purulente est surtout redoutable à tous les âges (119), la conjonctivite granuleuse fait moins d'aveu-

gles (24) mais est encore très fréquente. La scrofule et la variole sont les causes les plus habituelles des affections de la cornée. La syphilis, le rhumatisme, la myopie sont facteurs d'iritis et de choroïdites graves. Toutes les variétés de glaucome (66) font des aveugles, le glaucome chronique simple peut être le plus souvent incriminé. Le décollement rétinien cause le plus grand nombre de cécités (37) dans les maladies de la rétine. Les traumatismes professionnels (coups de mines, brûlures par agents chimiques, métaux en fusion) sont les plus ordinaires. L'ophtalmie sympathique (14) est une conséquence assez fréquente des traumatismes de toute origine.

Si on veut classer autrement les causes de cécité, en extrayant de chaque groupe anatomique celles qui ont une individualité, ce qui présente la chose à un point de vue plus clinique, on peut dire que chez les pensionnaires des Quinze-Vingts les affections ayant amené la cécité sont par ordre de fréquence :

L'atrophie papillaire	130
L'ophtalmie purulente	161
Les traumatismes et l'ophtalmie sympathique	68
Le glaucome	66
Les maladies congénitales	44
Les maladies de la cornée	44
La myopie	34
La conjonctivite granuleuse	24

Les autres causes ont une importance moindre. Il est logique de réunir les traumatismes et l'ophtalmie sympathique qui en découle, pour pouvoir apprécier les ravages causés par les accidents. La myopie, manifestant son influence nocive par diverses lésions, irido-choroïdites, choroïdites, décollements de la rétine et restant la raison première de ces lésions, doit être considérée comme une cause de cécité ; le chiffre que j'ai mentionné est trop faible, car il est certain que la myopie a joué un rôle dans la production de certaines irido-choroïdites avec cataractes compliquées et de quelques décollements rétiniens dont la cause n'a pas été précisée. Ce serait peu scientifique de chiffrer les irido-choroïdites qui décèlent mal l'altération qui les a produites et dont l'indication comme cause de cécité, devrait presque disparaître si on

pouvait toujours établir leur vraie origine. Elles masquent presque constamment d'autres maladies.

Statistique des causes de cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts pendant la dernière période décennale (1892-1902).

RELEVÉE par le Dr A. TROUSSEAU.

134 SUJETS EXAMINÉS : 69 DU SEXE MASCULIN, 65 DU SEXE FÉMININ.

	Hommes	Femmes
Maladies congénitales. **18**		
Amblyopie congénitale.		1
Anophtalmie congénitale.		1
Atrophie papillaire congénitale	2	2
Buphtalmie	1	1
Cataracte congénitale	2	2
Glaucome congénital	1	
Rétinite pigmentaire.	3	2
Maladies de la cornée. **10**		
Kératites, leucomes	2	6
Ulcères à hypopion	2	
Maladies de la conjonctive. **14**		
Conjonctivite purulente des nouveau-nés	2	6
Conjonctivite blennorrhagique	1	
Conjonctivite granuleuse.	3	2
Maladies de l'iris et de la choroïde. **12**		
Irido-choroïdite syphilitique	2	1
Irido-choroïdite rhumatismale	1	3
Choroïdites.	2	1
Choroïdites myopiques.	1	1
Maladies du cristallin. **3**		
Cataracte opérable.		1
Luxation du cristallin		1
Cataracte opérée sans succès.		1
Glaucome. **16**		
Glaucome aigu non opéré		2
— opéré	1	
Glaucome subaigu non opéré.	1	1
— opéré.	1	1
Glaucome chronique simple non opéré	1	2
— opéré	1	5

Maladies de la rétine. **13**		
Décollement myopique	6	5
Décollement traumatique	2	
Maladies du nerf optique. **26**		
Atrophie cause non précisée	3	1
Atrophie tabétique	10	4
Atrophie cérébrale	2	2
Atrophie par paralysie générale	1	
Atrophie après névrite	1	2
Ophtalmie sympathique. **7**	6	1
Maladies générales. **15**		
Variole	1	
Rougeole	1	1
Fièvre typhoïde	3	1
Scarlatine		1
Syphilis	5	2

Les aveugles qui figurent dans cette seconde statistique des Quinze-Vingts ont été examinés et interrogés par moi personnellement avec un soin particulier, car je tenais à obtenir pour ce rapport les détails les plus précis.

Dans la recherche des causes premières des maladies congénitales j'ai rencontré une hérédité des plus nettes 5 fois chez des femmes, 1 fois chez un homme : je citerai un cas frappant d'atrophie papillaire congénitale survenu chez un sujet du sexe féminin, dont la mère et la grand'mère ont perdu la vue dans l'enfance par suite de la même affection, qui a eu deux enfants semblablement atteints et trois frères et sœurs aveugles par la même cause soit 8 atrophies papillaires à la naissance ou dans la première enfance frappant la même famille. La consanguinité a pu être relevée 3 fois chez un homme et deux femmes, mais dans les 3 cas l'hérédité existait simultanément. L'influence de l'hérédité est donc considérable puisque sur 18 maladies congénitales elle est 12 fois coupable.

Dans les maladies de la cornée je n'ai pas relevé un seul cas de cécité par variole, alors que dans ma statistique précédente j'en trouvais 14 sur 44.

A titre de simple curiosité je signalerai que le glaucome chronique simple non opéré a fait 3 aveugles alors qu'opéré il

en a fait 6. Ce serait, d'ailleurs, abusif de conclure d'après des chiffres si faibles.

Sur 26 atrophies de la papille j'ai dépisté 13 fois la syphilis qui est très probable dans 7 autres cas. On voit quelle est la triste influence de cette maladie sur la cause la plus redoutable de cécité, et quel intérêt il y aurait à la prévenir pour diminuer le nombre des aveugles. On a donc une action réelle pour la prophylaxie de l'atrophie papillaire si on n'en possède aucune pour sa cure efficace. Tous les sujets atteints de tabes étaient nettement syphilitiques à l'exception de deux femmes, chez lesquelles la vérole était probable, mais non évidente.

L'ophtalmie sympathique a été causée par les traumatismes suivants : pénétration d'une écharde, d'un éclat de pierre, d'un fil de fer, d'un fragment de marbre, d'un éclat de capsule, d'un fragment de siphon d'eau de seltz ; piqûre d'aiguille à coudre.

En recherchant les professions des aveugles, j'ai trouvé chez les hommes :

Professions sédentaires, emplois de bureaux	15
Ouvriers.	37
Professions s'exerçant à la campagne, cultivateurs.	5
Sans profession ou profession, embrassée par suite de cécité de naissance ou dans la première enfance.	12

Chez les femmes :

Professions sédentaires, emplois de bureaux . . .	4
Ouvrières	17
Couturières	16
Ménagères ou domestiques.	11
Sans profession	17

Les causes vraiment professionnelles de la cécité m'ont semblé rares. J'ai trouvé un cultivateur aveugle par suite d'ulcère à hypopion, un marbrier, un cantonnier, un tonnelier, victimes de traumatismes professionnels. Mais rien de saillant pour les autres groupes, ou des faits contradictoires. Ainsi parmi les sujets atteints de décollement myopique de la rétine, je trouve chez les hommes un comptable et un cultivateur illettré, les autres sans profession bien caractérisée ;

chez les femmes deux lingères, une femme de chambre, une demoiselle de magasin qui n'appliquait jamais ses yeux et une journalière illettrée. Ceci ne permet pas d'établir l'influence du travail oculaire sur le décollement rétinien des myopes.

J'ai pu établir l'âge de la cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts.

Sujets devenus aveugles		Hommes	Femmes
A la naissance	6	4	2
De 0 à 1 an	4	1	3
De 1 à 10 ans	15	8	7
De 10 à 20 ans	10		5
De 20 à 30 ans	12	7	5
De 30 à 40 ans	29	15	14
De 40 à 50 ans	26	16	10
De 50 à 60 ans	25	10	15
De 60 à 70 ans	6	3	3
De 70 à 80 ans	1	0	1

Quand on opère sur des statistiques d'adultes c'est entre 30 et 60 ans qu'on voit survenir le plus souvent la cécité. C'est à cette période de la vie que l'atrophie papillaire, le décollement de la rétine, le glaucome sévissent surtout ; l'atrophie frappant les plus jeunes, le glaucome les plus âgés.

Je n'ai relevé qu'un cas de cécité survenu après 70 ans, pas un seul cas après 80 ans.

En rangeant les affections qui ont déterminé la cécité par ordre de fréquence on arrive aux résultats suivants :

Atrophie papillaire	26
Maladies congénitales	18
Glaucome	16
Maladies générales	15
Maladies de la conjonctive	14
Décollement de la rétine	13
Maladies de l'iris et de la choroïde	12
Maladies de la cornée	10
Ophtalmie sympathique	7
Maladies du cristallin	3

En rendant aux affections leur personnalité en les sortant des groupes anatomiques on peut établir le tableau que voici, plus frappant à mon avis :

Atrophie papillaire	26
Maladies congénitales	18
Glaucome	16
Myopie	15
Maladies de la cornée	10
Ophtalmie purulente des nouveau-nés	8
Ophtalmie sympathique	7

Les maladies générales ont fait 15 aveugles, mais je ne puis les faire figurer en groupe à cause de leurs variétés signalées dans le tableau complet.

En comparant l'ordre de fréqueuce des causes de cécité dans mes deux statistiques des Quinze-Vingts on remarque qu'il n'y a pas concordance.

De cette comparaison résultent des notions intéressantes, telles que maintien au premier rang de l'atrophie papillaire dans les deux tableaux, passage de l'ophtalmie purulente du second à l'avant-dernier dans la statistique récente etc. Les efforts thérapeutiques et hygiéniques sembleraient n'avoir eu aucune action sur l'atrophie, sur le glaucome, sur la myopie qui ont gagné des rangs depuis 10 ans, mais avoir utilement agi sur l'ophtalmie purulente qui en a perdu.

Ecole Braille.

229 SUJETS EXAMINÉS : 135 ENFANTS SEXE MASCULIN, 94 SEXE FÉMININ.

SEXE MASCULIN

Maladies congénitales.		**25**
Choroïdite	2	
Coloboma choroïde	2	
Rétinite pigmentaire	3	
Microphtalmie	2	
Amblyopie congénitale	1	
Buphtalmie congénitale	9	
Cataractes congénitales	6	
Maladies de la conjonc .ve.		**69**
Conjonctivite purulente	65	
Conjonctive granuleuse	2	
Conjonctive diphtéritique	2	

Maladies de la cornée.		**21**
Sans cause précise indiquée	3	
Fièvres éruptives, variole, rougeole	8	
Scrofule	8	
Syphilis héréditaire	2	
Maladies de l'iris et de la choroïde.		**3**
Irido-choroïdites	3	
Maladies de la rétine.		**1**
Décollement	1	
Maladies du nerf optique.		**13**
Atrophies d'origine méningée ou cérébrale	13	
Traumatismes.		**2**
Ophtalmie sympathique.		**1**

SEXE FÉMININ

Maladies congénitales.		**25**
Coloboma choroïde	1	
Rétinite pigmentaire	1	
Microphtalmie	2	
Amblyopie congénitale	1	
Buphtalmie congénitale	8	
Cataractes congénitales	7	
Atrophies papillaires congénitales	5	
Maladies de la conjonctive.		**35**
Conjonctivite purulente	35	
Maladies de la cornée.		**5**
Sans cause précise	5	
Fièvres éruptives	4	
Scrofule	6	
Maladies de l'iris et de la choroïde		**1**
Irido-choroïdite	1	
Maladies du nerf optique.		**10**
Atrophies d'origine méningée ou cérébrale	10	
Traumatismes.		**2**

Ophtalmie sympathique.	1
Causes non précisées.	5

L'Ecole Braille reçoit les enfants aveugles du département de la Seine âgés de 3 à 13 ans. Elle les conserve tant qu'ils peuvent travailler.

Cette statistique montre donc bien les causes de cécité chez les enfants parisiens, causes qui se présentent dans l'ordre de fréquence suivant :

Maladies de la conjonctive	104
Maladies congénitales	50
Maladies de la cornée	36
Atrophies du nerf optique (Méningites diverses, syphilis héréditaire)	23
Traumatismes	4
Irido-choroïdites	4
Ophtalmie sympathique	2
Décollement de la rétine	2
Causes non précisées	5

Les causes de cécité se résument presque à quatre principales : l'ophtalmie purulente qui a fait le chiffre formidable de 100 aveugles, proportion que je ne retrouverai jamais à beaucoup près dans les statistiques des départements et qui permet de déplorer qu'à Paris la prophylaxie de cette maladie soit beaucoup moins bien organisée qu'en province, les maladies congénitales, les maladies de la cornée et enfin les atrophies des nerfs optiques dues presque toutes à la tuberculose ou à la syphilis et en partie évitables.

Voici l'âge de la cécité chez les enfants de Braille :

Enfants devenus aveugles.

	Nombre
A la naissance	45
De 0 à 1 an	110
De 1 à 5 ans	57
De 5 à 10 ans	15
De 10 à 15 ans	2

C'est donc de 0 à 1 an que la cécité fait le plus de ravages à cause de l'ophtalmie purulente, puis de 1 à 5 ans à cause des maladies de la cornée.

J'avais projeté d'écrire un chapitre complet sur l'âge de la

cécité après publication de ma statistique générale, je ne pourrai réaliser ce projet étant donné le nombre trop restreint des renseignements parvenus. Si j'en juge par ceux que j'ai pu recueillir sur les pensionnaires des Quinze-Vingts et de Braille les dangers de la cécité sont surtout grands dans la première année de la vie et de 30 à 60 ans. Mais j'ai opéré sur des chiffres trop faibles pour être autorisé à une ferme conclusion.

Je vais donner maintenant la statistique générale des causes de cécité binoculaire établie d'après les statistiques partielles qui m'ont été adressées par mes correspondants, et d'après les cas observés par moi personnellement. Je rappelle que je n'ai retenu que les cas de bon aloi.

Statistique générale des causes de cécité binoculaire

3.763 AVEUGLES ; 2.291 DU SEXE MASCULIN ; 1.472 DU SEXE FÉMININ

	ENFANTS		ADULTES		VIEILLARDS	
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies congénitales. **232**						
Amblyopie congénitale	1	1	2	1		
Atrophie du nerf optique. . . .	1	5	3	3		
Cataracte congénitale	18	11	11	8	1	
Colobomes.	7	2				
Buphtalmie	30	20	8	5		
Kératocone.	1	1	2	1		1
Microphtalmie	3	6	1	2		
Rétinite pigmentaire	10	4	35	23	2	2
Maladies de la conjonctive. **441**						
Conjonctivite purulente	137	96	48	65	1	2
Conjonctivite blennorrhagique .			12	4	1	
Conjonctivite granuleuse. . . .	4	3	42	20	2	2
Conjonctivite diphtéritique. . .	2					
Maladies de la cornée. **334**						
Causes non précisées	56	42	40	35	7	5
Scrofule.	15	10	10	13		
Variole	5	5	10	17	1	
Rougeole	10	10	5	4		
Fièvre typhoïde			1			
Syphilis héréditaire	10	5	1			
Ulcères infectieux.			8	4	3	1
Epithélioma					1	
Maladies de l'iris et de la choroïde. **514**						
Irido-choroïdites cause intra-oculaire	5	5	100	40	10	3
Irido-choroïdites par maladies générales (syphilis, rhumatisme).	2	5	20	15	8	2
Choroïdites diverses			28	20	4	5
Choroïdites myopiques			130	85	17	9
Tuberculose iris et choroïde . .		1				
Maladies du cristallin. **27**						
Cataractes compliquées			11	7	7	2

	ENFANTS		ADULTES		VIEILLARDS	
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Glaucome. **722**						
Variété non désignée			28	17	85	80
Aigu ou subaigu			20	5	5	7
Chronique simple.			250	200	15	10
Maladies de la rétine. **231**						
Décollements de cause non précisée	3	2	48	27	3	1
Décollements myopiques. . . .			45	30	3	5
Rétinites		1	20	10	14	7
Embolie artère centrale			2			
Gliomes	8	2				
Maladies du nerf optique. **795**						
Atrophie de cause non précisée.	5	3	256	174	50	15
Atrophie tabétique			75	30	5	2
Atrophie cérébrale, méningitique	15	20	55	22	3	
Névrite optique.	25	10	20	14	6	
Traumatismes. **193**						
Toutes variétés.	20	13	108	35	13	4
Ophtalmie sympathique. . . **50**	3	1	35	8	2	1
Maladies du globe oculaire. **106**						
Atrophies du globe	2	2	34	13	4	3
Panophtalmies			2			
Cécités postopératoires. . . .			30	10	4	2
Maladies générales seules invoquées. **118**						
Méningite	10	7	2			
Fièvre typhoïde			1		1	
Rougeole	18	12	3	3		
Variole			1	2		
Scrofule.	11	9	1	2		
Syphilis	6	3	16	10		

En examinant le tableau qui précède on peut aisément se rendre compte que les causes de cécité sont, par ordre de fréquence, les suivantes :

Maladies du nerf optique	795	21 0/0
Glaucome.	722	19 0/0
Maladies de l'iris et de la choroïde	514	13 0/0
Maladies de la conjonctive.	441	11 0/0

Maladies de la cornée	334	8 0/0
Maladies congénitales	232	6 0/0
Maladies de la rétine	231	6 0/0
Traumatismes	193	3 0/0
Maladies générales	118	3 0/0
Maladies du globe	106	2 0/0
Ophtalmie sympathique	50	1 0/0
Maladies du cristallin	27	0 007

Les pourcentages ont été établis sans fractions pour plus de netteté, comme ils se trouvent en regard des chiffres exacts ils peuvent être établis avec complète précision par les rigoristes.

Extrayons des principaux groupes les affections les plus caractéristiques et nous arrivons à classer celles qui font le plus d'aveugles, ainsi qu'il suit :

Glaucome	722	19 0/0
Atrophies du nerf optique	720	19 0/0
Conjonctivite purulente	350	9 0/0
Maladies de la cornée	334	8 0/0
Myopie	324	8 0/0
Traumatismes et ophtalmie sympathique	243	6 0/0
Maladies congénitales	232	6 0/0

Le glaucome et l'atrophie optique sont donc les deux causes de cécité les plus importantes, ils sont deux fois plus actifs que la conjonctivite purulente qui vient immédiatement après eux et est suivie de bien près par les maladies de la cornée et la myopie que j'ai fait ressortir comme cause de cécité pour des raisons déjà exposées et qui évidemment amène encore plus de désastres qu'il ne paraît, puisque beaucoup de décollements de la rétine, dont la cause n'a pas été précisée, doivent être d'origine myopique et qu'un certain nombre d'irido-choroïdites cachent des décollements.

En suivant l'ordre de fréquence des grands groupes adoptés, j'ai, sur chacun d'eux, à faire quelques commentaires.

Maladies du nerf optique. — En consultant le tableau on est frappé du petit nombre relatif d'aveugles que font les névrites optiques eu égard au grand nombre de ceux-ci qu'amènent les atrophies. Mais il faut considérer que les maladies générales qui causent les névrites : la méningite, les tumeurs cérébrales, le brightisme, entraînent très rapidement la mort,

et ne permettent pas aux sujets frappés de figurer dans les statistiques de cécité ; de plus, les névrites qui guérissent engendrent l'atrophie seule constatée par l'observateur qui examine l'aveugle. Quoi qu'il en soit, ces réserves faites, c'est parmi les maladies du nerf optique, l'atrophie papillaire pure qui est la plus redoutable et parmi toutes les variétés d'atrophie, la tabétique, malgré que cela ne ressorte pas manifestement de la statistique, étant donnés les nombreux cas où la cause de l'atrophie n'a pas été précisée. La syphilis est embusquée derrière la plupart des maladies du nerf optique. On voit combien de gens conserveraient la vue si l'infection vénérienne venait à disparaître. Pour prévenir les atrophies papillaires, il suffit presque de prévenir la syphilis.

Glaucome. — Le glaucome aigu semble faire beaucoup moins de victimes que le glaucome chronique simple (37 cas aigus contre 475 chroniques). Il est moins fréquent, se modifie mieux sous l'influence des traitements et éveille plus tôt et de plus impérieuse manière l'attention du malade qui réclame des soins précoces ; la thérapeutique du glaucome chronique est encore bien rudimentaire et l'effet des opérations fort aléatoire, sinon nocif.

Maladies de l'iris et de la choroïde. — Les irido-choroïdites de cause intra-oculaire sont bien plus fréquentes que celles qui sont dues à des maladies générales, elles devraient rentrer dans divers groupes nosologiques, si le diagnostic complet était posé. La syphilis d'abord, le rhumatisme ensuite, sont les causes habituelles des irido-choroïdites et des choroïdites diverses, quelques-unes devant être attribuées à des infections endogènes, ceci dit pour établir l'influence des états généraux sur la pathologie de l'iris et de la choroïde. La myopie amène un grand nombre de lésions choroïdiennes entraînant la cécité.

Maladies de la conjonctive. — Parmi toutes les maladies de la conjonctive, la conjonctivite purulente est la plus redoutable et sa fréquence ne s'atténue pas dans les proportions qu'il serait facile d'obtenir par une prophylaxie bien entendue, tandis qu'au contraire la conjonctivite granuleuse fait de moins en moins d'aveugles. C'est la conjonctivite purulente des nouveau-nés qui est de beaucoup la plus répandue, surtoutdans la zone parisienne. L'ophtalmie blennorrhagique

comparée aux autres variétés d'ophtalmie purulente ne commet que peu de méfaits (17 cas contre 350).

Maladies de la cornée. — Les causes les plus fréquentes des maladies de la cornée (334 cas) sont : la scrofule (48), la variole (38), la rougeole (29), la syphilis héréditaire (16). D'après les observations que j'ai compulsées, ceci est vrai pour une statistique qui embrasse un grand nombre d'années, mais si on se bornait à étudier une période récente, les 5 dernières années, par exemple, on arriverait à laisser la première place à la scrofule et à donner la dernière à la variole ; la rougeole et la syphilis héréditaire occupent le même rang.

Maladies congénitales. — La rétinite pigmentaire tient la tête et est suivie par la buphtalmie et la cataracte congénitale. Cette dernière devrait figurer plus modestement dans la statistique, si les procédés opératoires que nous dirigeons contre elle étaient plus efficaces, mieux réglés, quoiqu'on ne puisse les rendre responsables de tous les désastres étant données les lésions profondes qui accompagnent certains cas.

L'hérédité peut être invoquée dans une formidable proportion comme étiologie des cécités congénitales, qu'il s'agisse directement de la transmission d'une malformation oculaire ou indirectement de l'influence de diverses tares, d'altérations nerveuses, de dégénérescence ou de syphilis.

Maladies de la rétine. — Le décollement myopique tient la tête parmi les maladies incurables de la rétine et plus encore que cela ne ressort des chiffres indiqués, car il faut bien admettre que dans les décollements de cause non précisée, il en existe beaucoup d'origine myopique. On reste frappé du petit nombre de rétinites qui engendrent la cécité et de ne pas voir figurer sur la statistique des rétinites albuminuriques ou diabétiques. Ceci tient uniquement au peu de survie réservée aux sujets atteints de ces affections qui meurent trop rapidement pour figurer sur les listes d'aveugles.

Traumatismes. — Dans les documents qui m'ont été envoyés je n'ai trouvé que rarement des indications sur la nature du traumatisme. Il en ressort pourtant la fréquence des traumatismes professionnels aggravés par l'ignorance et le défaut de précautions des sujets, le manque de soins hâtifs et l'existence antérieure des affections lacrymales génératrices d'infections totales.

Maladies générales. — D'après ma statistique le rôle des maladies générales semblerait bien restreint dans la genèse de la cécité. Mais je n'ai fait figurer sous cette rubrique que celles qui étaient invoquées seules comme causes sans indication suffisamment précise du méfait local qu'elles avaient amené. Leur action paraîtrait bien plus étendue si on l'avait signalée à propos de chaque groupe nosologique, si l'on avait cité la scrofule, la rougeole, l'hérédo-syphilis responsables des diverses kératites, le rhumatisme agent d'iritis et de choroïdites, la syphilis si souvent active dans les maladies du tractus uvéal et du nerf optique.

Maladies du globe. — Cette classe est peu intéressante faute de détails sur les atrophies du globe dont la raison première n'est pas indiquée,sur les panophtalmies et surtout sur les cécités post-opératoires. Il y aurait eu un très intéressant chapitre à écrire sur ces dernières d'où auraient découlé de valables constatations ; on ne peut que regretter la discrétion observée, les cas malheureux étant généralement les plus instructifs.

Ophtalmie sympathique. — J'ai plaisir à en signaler la rareté, surtout que cette rareté s'accentue de plus en plus sur les documents qui embrassent une période récente. On doit ce résultat aux meilleurs soins donnés aux yeux blessés et surtout à la généralisation des pratiques antiseptiques.

Maladies du cristallin. — Elles seraient une cause plus importante de cécité si les auteurs signalaient exactement les mauvais résultats post-opératoires.

J'ai réuni dans le tableau suivant la proportion des diverses causes de cécité suivant les âges et les sexes. J'aurais voulu l'établir suivant la profession et le lieu habité, mais je n'ai reçu sur ce point que de maigres documents.

NOMBRE D'OBSERVÉS		SEXE MASCULIN		SEXE FÉMININ	
3763		2291	60 0/0	1472	37 0/0

Enfants.	760 20 0/0	Adultes .	2554 67 0/0	Vieillards.	449 11 0/0
Garçons.	443	Hommes.	1570	Hommes .	278
Filles. .	317	Femmes.	984	Femmes .	171

		ENFANTS			ADULTES			VIEILLARDS		
		Garçons	Filles	Totaux	Hommes	Femmes	Totaux	Hommes	Femmes	Totaux
Maladies congénitales. . .	**232**	71	50	121	62	43	105	3	3	6
Maladies de la conjonctive	**441**	143	99	242	102	89	191	4	4	8
Maladies de la cornée . .	**334**	96	72	168	75	73	148	12	6	18
Maladies de l'iris et de la choroïde	**514**	7	11	18	278	160	438	39	19	58
Maladies du cristallin . .	**27**				11	7	18	7	2	9
Glaucome	**722**				298	222	520	105	97	202
Maladies de la rétine. . .	**231**	11	5	16	115	67	182	20	13	33
Maladies du nerf optique .	**795**	45	33	78	396	240	636	64	17	81
Traumatismes.	**193**	20	13	33	108	35	143	13	4	17
Ophtalmie sympathique .	**50**	3	1	4	35	8	43	2	1	3
Maladies du globe oculaire	**106**	2	2	4	66	23	89	8	5	13
Maladies générales. . . .	**118**	45	31	76	24	17	41	1		1

Les hommes figurent pour 60 0/0 dans cette statistique, ils sont plus exposés que les femmes à la cécité par suite de leur vie plus active, plus extérieure, plus laborieuse. Les traumatismes professionnels les atteignent plus souvent, le mépris des règles hygiéniques, l'abus du tabac et surtout de l'alcool les prédisposent plus que leurs compagnes aux diverses maladies oculaires.

Les enfants entrent pour 20 0/0 dans la numération des aveugles. La conjonctivite purulente est le grand facteur de cécité chez eux, surtout dans la région de Paris, viennent après elle les maladies de la cornée et les affections congénitales. On voit combien il serait facile de réduire le nombre des enfants aveugles par la simple prophylaxie de l'ophtalmie purulente, par les meilleurs soins donnés aux scrofuleux en général et par un traitement précoce et bien entendu des diverses variétés de kératites.

Les adultes forment la majorité des aveugles 67 0/0, ce qui ne peut étonner vu les conditions générales de cette période de la vie : activité aux plaisirs et au travail, influence de la carrière embrassée qui menace l'œil par les travaux de près exagérés ou les accidents des professions dangereuses, apparition et puissance des diathèses ou lésions organiques. A cette époque de l'existence c'est l'atrophie optique qui est

la plus redoutable et si on réfléchit dans quelle énorme proportion elle est causée par la syphilis, on voit quelle quantité de sujets échapperait à la cécité si la syphilis était enrayée dans sa marche envahissante. Après l'atrophie, c'est le glaucome qui fait le plus d'aveugles parmi les adultes, aussi quel soin on devrait apporter à la prophylaxie de l'alcoolisme, à l'hygiène et au régime des artério-scléreux et des rhumatisants et combien on devrait se préoccuper de fournir aux glaucomateux de hâtifs soins médicaux.

La myopie, le traumatisme font aussi beaucoup d'aveugles, je traiterai plus loin de leur prévention.

Les vieillards deviennent aveugles dans la proportion de 11 0/0 par suite de glaucome, de maladies irido-choroïdiennes et de lésions du nerf optique dans l'ordre de fréquence que je viens d'écrire. Si on considérait, sans réflexion, ce chiffre de 11 0/0 on conclurait que les vieillards sont moins exposés à la cécité que les adultes et même que les enfants. Il est presque inutile de faire ressortir la fausseté de cette conclusion, puisqu'évidemment les vieillards sont bien moins nombreux que les adultes dont la mort raréfie les rangs d'année en année et que ce chiffre de 11 0/0 s'applique aux sujets vivants après 60 ans dont il faudrait connaître le nombre exact relativement aux enfants et aux adultes si on voulait établir les chances de cécité suivant les âges.

En résumé et en ne désignant, parmi les ennemis, que le plus redoutable, on peut dire que la vue est surtout menacée :

Chez les enfants, par la conjonctivite purulente ;

Chez les adultes, par l'atrophie des nerfs optiques ;

Chez les vieillards, par le glaucome.

Statistique générale des causes de cécité monoculaire

(Relevée sur 2.200 sujets : SEXE MASCULIN, 1361 ; SEXE FÉMININ, 839.)

	ENFANTS		ADULTES		VIEILLARDS	
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies congénitales. **95**						
Amblyopie congénitale	9	7			2	1
Cataractes congénitales	1	3	4	1		
Colobomes iris et choroïde . . .	1					
Buphtalmie	14	8	16	11		
Rétinite pigmentaire	3	1	6	6	1	
Maladies de la conjonctive. **294**						
Conjonctivite purulente	33	30	106	78	23	16
Conjonctivite granuleuse . . .	2	1	2	1	1	
Epithélioma de la conjonctive. .					1	
Maladies de la cornée. **185**						
Kératites diverses et dues à la scrofule, aux fièvres éruptives.	14	12	21	25	27	17
Ulcères infectieux de la cornée.			22	12	12	6
Kératites interstitielles hérédo-syphilitiques			10	7		
Maladies de l'iris et de la choroïde. **343**						
Irido-choroïdites	8	5	90	55	56	25
Choroïdites diverses.		3	9			
Choroïdites myopiques.	2	3	31	24	10	10
Tumeurs et sarcomes de la choroïde			2	2	2	1
Tuberculose iris et choroïde . .	4	1				
Maladies du cristallin. **12**						
Cataractes compliquées, inopérables			3	3		
Luxations du cristallin			2	1	3	
Glaucome. **193**						
Toutes variétés.	3		64	51	37	38
Maladies de la rétine. **331**						
Décollement sans cause précisée.	3	1	22	38	6	3
Décollement myopique			88	64	18	10
Rétinites			15	10	4	1
Hémorrhagies de la rétine . . .			3	4	5	2
Embolies de l'artère centrale. .			7	6	2	2
Gliome	9	7				

	ENFANTS		ADULTES		VIEILLARDS	
	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies du nerf optique. **184**						
Atrophie sans cause précisée . .	1	1	35	26	22	13
Atrophie tabétique			20	13		
Atrophie cérébrale, méningitique	2	4	5	2	3	1
Névrite optique.	1	2	12	6	1	
Tumeurs.			2		7	5
Traumatismes. **448**						
Toutes variétés.	40	18	260	75	35	20
Ophtalmie sympathique. **4**			2		2	
Maladies du globe oculaire. **46**						
Atrophies du globe	4	2	6			2
Panophtalmies postopératoires .	2	1	11			2
Maladies générales seules invoquées. **65**						
Syphilis.			40	16		
Albuminurie			3	2		
Diabète			3	1		

D'après le tableau précédent, les causes de cécité monoculaire sont, par ordre de fréquence, les suivantes :

Traumatismes.	448	20 0/0
Maladies de l'iris et de la choroïde.	343	15 0/0
Maladies de la rétine.	331	15 0/0
Maladies de la conjonctive	294	13 0/0
Glaucome	193	8 0/0
Maladies de la cornée	185	8 0/0
Maladies du nerf optique	184	8 0/0
Maladies congénitales	95	4 0/0
Maladies générales.	65	2 0/0
Maladies du globe oculaire	46	2 0/0
Maladies du cristallin	12	0,005
Ophtalmie sympathique	4	0,001

En classant les affections les plus caractéristiques extraites des groupes ci-dessus on arrive à l'ordre suivant :

Traumatismes.	448	20 0/0
Ophtalmie purulente.	286	13 0/0

Myopie.	260	11 0/0
Décollements de la rétine.	253	11 0/0
Irido-choroïdites.	239	10 0/0
Maladies de la cornée	185	8 0/0
Glaucome.	183	8 0/0
Atrophies du nerf optique.	150	6 0/0

Les traumatismes constituent donc la cause la plus fréquente de cécité monoculaire et sont suivis par la conjonctivite purulente, la myopie, les décollements de la rétine myopiques ou non myopiques; les irido-choroïdites s'avancent ensuite en un groupe compact, alors que les maladies de la cornée, le glaucome et l'atrophie optique de valeur à peu près semblable ferment la marche. Le chiffre accordé à la myopie est trop faible puisque beaucoup de décollements dont la cause n'est pas précisée sont certainement d'origine myopique.

J'ai réuni dans le tableau suivant la proportion des diverses causes de cécité suivant les âges et les sexes.

NOMBRE D'OBSERVÉS	SEXE MASCULIN	SEXE FÉMININ
2.200	1361 61 0/0	839 38 0/0

Enfants.	266 12 0/0	Adultes .	1472 66 0/0	Vieillards.	462 21 0/0
Garçons.	158	Hommes.	916	Hommes .	287
Filles. .	108	Femmes.	556	Femmes .	175

		ENFANTS			ADULTES			VIEILLARDS		
		Garçons	Filles	Totaux	Hommes	Femmes	Totaux	Hommes	Femmes	Totaux
Maladies congénitales. . .	**95**	28	19	47	26	18	44	3	1	4
Maladies de la conjonctive	**294**	35	31	66	108	79	187	25	16	41
Maladies de la cornée . .	**185**	14	12	26	53	44	97	39	23	62
Maladies de l'iris et de la choroïde	**343**	14	9	23	126	90	216	68	36	104
Maladies du cristallin . .	**12**	0	0	0	5	4	9	3	0	3
Glaucome.	**193**	3	0	3	64	51	115	37	38	75
Maladies de la rétine. . .	**331**	14	9	23	135	120	255	35	18	53
Maladies du nerf optique .	**184**	4	7	11	74	47	121	33	19	52
Traumatismes.	**448**	40	18	58	260	75	335	35	20	55
Ophtalmie sympathique .	**4**	0	0	0	2	0	2	2	0	2
Maladies du globe	**46**	6	3	9	17	9	26	7	4	11
Maladies générales seules invoquées.	**65**	0	0	0	46	19	65	0	0	0



Comparaison de la cécité monoculaire et de la cécité binoculaire.

La comparaison des causes de cécité bi ou monoculaire est loin d'être dépourvue d'intérêt.

Si les causes des deux classes affectent également le même nombre relatif des sujets du sexe masculin et du sexe féminin, ceci tient aux conditions d'existence déjà signalées des deux sexes, conditions qui peuvent aussi bien faire un aveugle qu'un borgne.

Les enfants sont un peu moins sujets à la cécité monoculaire (12 0/0) qu'à la cécité binoculaire (20 0/0, ce qui vient de ce que l'ophtalmie purulente des nouveau-nés cause plus souvent la perte des deux yeux que celle d'un seul, que les affections congénitales sont plus souvent doubles qu'uniques. Les traumatismes figurent, pour une plus grande proportion comme causes de cécité monoculaire.

Les adultes (61 0/0 c. m. au lieu de 67 0/0 c. b.) sont à peu près en rapport semblable dans les deux statistiques. Il y a moins de borgnes que d'aveugles par glaucome et atrophie papillaire,affections le plus souvent bilatérales, mais il y en a beaucoup plus par traumatismes.

Les maladies irido-choroïdiennes, les lésions cornéennes, les traumatismes et les maladies de la rétine amènent plus fréquemment la perte d'un seul œil que celle des deux chez les vieilllards, aussi comptons-nous 21 0/0 de vieillards borgnes contre 11 0/0 d'aveugles.

Le tableau suivant montrera la fréquence des diverses causes de cécité bi ou monoculaire comparées entre elles :

Cécité binoculaire.		Cécité monoculaire.	
1. Glaucome	19 0/0	Traumatismes	20 0/0
2. Atrophie optique	19 0/0	Conjonctivite purulente	13 0/0
3. Conjonctivite purulente	9 0/0	Myopie	11 0/0
4. Maladies de la cornée	8 0/0	Irido-choroïdite	10 0/0
5. Myopie	8 0/0	Maladies de la cornée	8 0/0
6. Traumatismes	6 0/0	Glaucome	8 0/0
7. Maladies congénitales	6 0/0	Atrophie optique	6 0/0

La lecture de ce tableau montre tout d'abord que le glaucome et l'atrophie optique qui occupent les deux premiers

rangs comme facteurs de cécité binoculaire passent aux deux derniers comme cause de cécité monoculaire. Ceci prouve combien rarement ces deux maladies restent limitées à un seul œil et la notion de cette rareté s'accentuerait encore si les patients atteints de cécité monoculaire par glaucome ou atrophie étaient revus quelques années après la constatation de la perte d'un œil, ils figureraient alors presque toujours sur la liste des aveugles.

Les traumatismes qui n'occupent que le 6e rang dans la cécité binoculaire passent au premier dans la cécité monoculaire. Rarement, en effet, un accident amène la perte simultanée des deux yeux et rare devient l'ophtalmie sympathique. C'est là une constatation encourageante qui prouve les progrès réalisés dans le traitement des yeux blessés par les pratiques antiseptiques qui déchargent les statistiques des nombreux cas d'ophtalmie sympathique qui les noircissaient autrefois.

La conjonctivite purulente tient à peu près la même place dans les deux tableaux, elle gagne un rang dans la cécité monoculaire et reste, dans tous les cas, une cause active de cécité. La conjonctivite du nouveau-né prise isolément fait plus d'aveugles que de borgnes, le contraire est vrai pour les autres variétés.

Les maladies de la cornée (8 0/0 dans les deux relevés) entraînent aussi souvent la perte des deux yeux que celle d'un seul œil.

La myopie paraît amener un peu plus fréquemment (11 0/0) la cécité monoculaire que la binoculaire (8 0/0); ceci resterait-il exact si on pouvait suivre longtemps les malades à qui la myopie a fait perdre un œil, parmi lesquels plusieurs aboutissent plus tard à la cécité complète.

Les deux causes capitales de cécité binoculaire sont : le glaucome et l'atrophie optique ; la cause capitale de cécité monoculaire est : le traumatisme.

Le Professeur Truc a bien voulu m'envoyer la statistique qu'on va lire et qui porte sur 2.386 cas de cécité bi ou monoculaire observés sur 40.000 malades de 1887 inclus, à 1900 inclus, soit la proportion de 1/16.

STATISTIQUE DU PROFESSEUR TRUC.

Les causes évitables étaient au nombre de 827, soit 34 0/0, les inévitables au nombre de 1559 ou 66 0/0.

Cette statistique comprend au point de vue des sexes et des âges :

Hommes **1568**	65 0/0	Enfants.	7.5 0/0
		Adultes.	57 0/0
		Vieillards.	35.5 0/0
Femmes **818**.	35 0/0	Enfants	9 5 0/0
		Adultes	61. 0/0
		Vieillards.	29.5 0/0

Au point de vue professionnel :

Bureaux 9,7 0/0, cultivateurs 29 1/2 0/0 ouvriers, 30 0/0, mineurs et carriers 3,8 0/0, sans profession 27 0/0, *chez les hommes*.

Bureaux 3 1/2 0/0, couturières 5 1/2 0/0, ouvrières 11 0/0, ménagères 27 0/0, sans profession 53 0/0 *chez les femmes*.

Chez les hommes la cécité a atteint les deux yeux dans la proportion de 36 0/0, l'œil droit dans celle de 33 0/0 et l'œil gauche dans celle de 31 0/0.

Chez les femmes elle a atteint les deux yeux dans la proportion de 36 0/0, l'œil droit dans celle de 33 0/0 et l'œil gauche dans celle de 31 0/0.

Relevé des causes de la cécité binoculaire ordonnées suivant l'importance des chiffres, pour 1756 cas sur 40.000 malades.

	Nombre de cas	Tant p^r mille
Glaucome chronique simple	447	255
Atrophie du nerf optique (idiopathiq.).	283	161
Myopie	156	88.8
Choroïdite atrophique (chor. rét.) . .	140	79.6
Irido-choroïdite séreuse	98	56
Névrite	62	35.4
Amblyopies	59	33.6
Leucome simple	49	28
Traumatisme	49	28
Atrophie du globe.	45	25.6
Leucome adhéren	44	25
Décollement rétinien.	41	23.3

Rétinite pigmentaire.	35	19.9
Ophtalmie purulente.	27	15.3
Choroïdite exsudative	21	12
Atrophie du nerf optique (tabétique).	20	11.4
» » (méningitique).	20	11.4
Staphylome antérieur	16	9
Hémorrhagie de la rétine.	15	8.5
Syphilis	14	7.9
Iritis.	12	6.8
Kératite	12	6.8
Rétinite albuminurique	10	5.7
Glaucome aigu	8	4.6
Buphtalmie.	7	4
Conjonctivite (granuleuse)	6	3.4
» (strumeuse)	6	3.4
Kératite à hypopyon.	6	3.4
Kératite interstitielle	6	3.4
Sympathie	5	2.8
Cataracte symptomatique.	5	2.8
Irido-choroïdite purulente	5	2.8
Brûlures	4	2.3
Colobomes	4	2.3
Atrophie du nerf optique (spécifique).	4	2.3
Basedow.	4	2.3
Insuccès opératoires	3	1.7
Variole	3	1.7
Kératocône.	2	1.12
Cataracte congénitale	1	0.56
Microphtalmie	1	0.56
Rougeole.	1	0.56
Total.	1.756 cas	

Relevé des causes de la cécité de l'œil droit ordonnées suivant l'importance des chiffres, pour 790 cas.

	Nombre de cas	Tant pr mille
Glaucome chronique simple	145	184
Traumatisme	113	143
Irido-choroïdite séreuse	57	72.2
Choroïdite atrophique (chor. rét.) . .	57	72.2
Atrophie du nerf optique (idiopath.) .	53	67.1
Leucome simple.	27	34.2
Leucome adhérent	25	31.5
Myopie.	25	31.5
Staphylome antérieur	24	30.50
Décollement rétinien	23	29
Atrophie du globe.	23	29

Kératite à hypopyon	19	24
Hémorrhagie de la rétine	19	24
Ophtalmie purulente	18	22.8
Iritis	17	21.5
Kératite simple	14	17.7
Irido-choroïdite purulente	13	16.4
Névrite	13	16.4
Choroïdite exsudative	11	13.9
Amblyopie	9	11.4
Conjonctivite strumeuse	7	8.8
Insuccès opératoires	6	7.6
Syphilis	6	7.6
Cataracte symptomatique	6	7.6
Luxation du cristallin	6	7.6
Brûlures	5	6.3
Glaucome aigu	5	6.3
Sarcome	5	6.3
Conjonctivite granuleuse	4	5.1
Rétinite albuminurique	4	5.1
Embolie artérielle	4	5.1
Gliome	4	5.1
Variole	4	5.1
Rétinite pigmentaire	3	3.8
Atrophie nerf optique (tabétique)	3	3.8
Buphtalmie	3	3.8
Kératite interstitielle	2	2.5
Atrophie nerf optique (méningitique)	2	2.5
Epithéliome	2	2.5
Cataracte congénitale	1	1.3
Ankyloblépharon	1	1.3
Sympathie	1	1.3
Amaurose	1	1.3
Total	790 cas	

Relevé des causes de la cécité de l'œil gauche, ordonnées suivant l'importance des chiffres, pour 718 cas.

	Nombre de cas	Tant p^r mille
Glaucome chronique simple	95	132.5
Traumatisme	88	122.6
Atrophie du nerf optique (idiopath.)	67	93.3
Irido-choroïdite séreuse	54	75.2
Choroïdite atrophique (chor. rét.)	40	55.7
Décollement rétinien	38	53
Atrophie du globe	29	40.4
Leucome simple	26	36.3
Myopie	25	35

Leucome adhérent	25	35
Staphylome antérieur	23	32
Kératite à hypopyon.	23	32
Kératite simple	18	25
Névrite	18	25
Iritis	17	23.6
Irido-choroïdite purulente	14	19.4
Hémorrhagie de la rétine.	14	19.4
Ophtalmie purulente.	13	18
Choroïdite exsudative.	13	18
Sarcome	10	14
Conjonctivite phlyc. et strumeuse. .	9	12.5
Amblyopie	8	11
Conjonctivite granuleuse	6	8.4
Rétinite pigmentaire.	6	8.4
Brûlures	5	7
Kératite interstitielle	4	5.5
Buphtalmie.	4	5.5
Insuccès opératoires	3	4.2
Kératocone.	3	4.2
Cataracte symptomatique	3	4.2
Variole.	3	4.2
Syphilis	3	4.2
Glaucome aigu	2	2.7
Luxation du cristallin	1	1.4
Ramollissement du vitré.	1	1.4
Rétinite albuminurique.	1	1.4
Embolie artérielle	1	1.4
Atrophie du nerf optique (tabétique).	1	1.4
» » (méningitique).	1	1.4
Amaurose	1	1.4
Epithéliome	1	1.4
Gliome	1	1.4
Total.	718 cas	

Relevé général des causes de la cécité binoculaire et monoculaire, ordonnées suivant l'importance des chiffres, pour 3264 cas.

	Nombre de cas	Tant p^r mille
Glaucome chronique simple	687	210.5
Atrophie du nerf optique (idiopathique).	403	123.6
Traumatisme.	250	76.6
Choroïdite atrophique, chorio-rétinite	237	72.6
Irido-choroïdite, séreuse	209	64.1
Myopie	206	63.1
Leucome simple	102	31.2

Décollement rétinien	102	31.3
Atrophie du globe.	97	29.7
Leucome adhérent	94	28.8
Névrite	93	28.8
Amblyopie.	76	23
Staphylome antérieur	63	19.3
Ophtalmie purulente.	58	17.8
Hémorrhagie de la rétine.	48	14.8
Kératite à hypopion	48	14.8
Iritis	46	14.1
Choroïdite exsudative	45	13.8
Kératite simple.	44	13.5
Rétinite pigmentaire.	44	13.5
Irido-choroïdite purulente	32	9.7
Atrophie du nerf optique (tabétique .	24	7.4
— (méningitique).	23	7
Syphilis	23	7
Conjonctivite strumeuse	22	6.7
— granuleuse	16	4.8
Glaucome aigu	15	4.6
Rétinite albuminurique	15	4.6
Sarcome.	15	4.6
Brûlures	14	4.3
Cataracte symptomatique.	14	4.3
Buphtalmie	14	4.3
Insuccès opératoires.	12	3.7
Kératite interstitielle	12	3.7
Variole	10	3.1
Luxation du cristallin	7	2.1
Sympathie.	6	1.8
Kératocone.	5	1.5
Embolie artérielle	5	1.5
Gliome	5	1.5
Colobome	4	1.2
Atrophie du nerf optique (spécifique).	4	1.2
Basedow.	4	1.2
Epithéliome	3	0.9
Amaurose	2	0.6
Cataracte congénitale	2	0.6
Ankyloblépharon	1	0.3
Ramollissement du vitré	1	0.3
Microphtalmie.	1	0.3
Rougeole.	1	0.3
Total.	3264 cas.	

Les causes et la marche de la cécité dans les diverses régions de France.

Travailler sur des statistiques est souvent œuvre ingrate et illusoire ; j'ai rempli, je crois, largement mon devoir envers ces documents auxquels il ne faut pas demander plus qu'ils ne peuvent donner. Leur sécheresse et leur apparence mathématique ne font pas toujours ressortir la vraie physionomie de la question à laquelle elles ont trait. Je vais maintenant essayer de donner des renseignements cliniques sur la cécité en France et de montrer la marche qu'elle semble suivre depuis quelques années, marche dont nous allons nous rendre compte, avec une précision moins apparente mais peut-être plus réelle, en étudiant la progression ou la diminution des causes les plus importantes de la cécité dans les principales régions.

Dix-neuf années nous séparent de la statistique officielle de 1883 et s'il m'avait fallu attendre celle de 1901 je ne sais quand j'aurais pu écrire ces lignes ; beaucoup des aveugles inscrits dans les statistiques qui m'ont été envoyées ou que j'ai dressées moi-même, sont privés de la vue depuis de longues années et auraient peut-être échappé à la cécité s'ils avaient pu profiter des soins modernes plus perfectionnés. La statistique d'ensemble que j'ai publiée est plutôt, sauf en ce qui concerne les enfants, une statistique en retard, alors que le but de ce travail est d'indiquer l'état actuel de la cécité en France. Pour pallier à ce défaut autant que faire se peut, j'ai eu recours à l'obligeance de mes collègues en les priant de m'adresser des réflexions locales sur le sujet qui nous intéresse. Ceux qui ont bien voulu me répondre ont fait œuvre vraiment utile et ce sont des notes bien vivantes qu'on va lire.

Voici les communications qui me sont parvenues des principales régions de France.

Région de l'Ouest. — Le professeur Dianoux (de Nantes) est convaincu que les efforts des ophtalmologistes ne sont pas restés stériles et que la gravité de beaucoup de maladies oculaires a diminué grâce au perfectionnement des méthodes

thérapeutiques, que d'autres tendent à disparaître grâce aux précautions hygiéniques.

Les granuleux formaient autrefois près du tiers des cas à soigner dans le dispensaire de l'Hôtel-Dieu, beaucoup devenaient aveugles. Aujourd'hui Dianoux ne donne pas ses soins à deux granuleux par semaine et il ne pourrait désigner un seul aveugle par granulations.

Il existe encore d'assez nombreux cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, mais la précocité des soins et l'emploi devenu populaire par les sages-femmes du permanganate de potasse en atténue la gravité.

La conjonctivite purulente des adultes reste très grave.

L'ophtalmie diphtéritique a perdu de sa gravité grâce au sérum de Roux.

L'ophtalmie scrofuleuse (leucomes de la cornée) est la cause de cécité relative, mais non définitive qu'on observe le plus souvent dans l'enfance.

L'ulcère à hypopion diminue (soin des voies lacrymales, hygiène).

La tuberculose oculaire est moins grave qu'elle ne paraît ; à Pen Bron où Dianoux soigne tant de tuberculeux il a toujours vu la vision se conserver.

Le rhumatisme est très fréquent dans la contrée parcourue par des cours d'eaux, parsemée de marais et de lacs, aussi les irido-choroïdites rhumatismales sont-elles une cause très répandue de cécité.

Le glaucome est très fréquent chez les vieillards surtout à la campagne et dans la région bretonne à proprement parler, là où la nourriture est presque exclusivement végétarienne, où l'on boit de l'eau, du cidre et de l'alcool ; il est exclusivement fonction de sclérose sénile comme l'artério-sclérose ; la cécité est souvent évitée par la sclérotomie vraie.

Le décollement de la rétine est devenu moins fréquent, la myopie progressive dangereuse est plus rare.

Les traumatismes causent à eux seuls plus de pertes d'yeux que toutes les maladies réunies. Les causes les plus habituelles sont chez les enfants le couteau pointu surtout infecté, chez les adultes les explosions de mines et les éclats de fer (chantiers de construction de navires de Nantes et St-Nazaire),

chez les paysans, la perforation de la cornée par les épines des arbustes qui forment les haies des champs. L'ophtalmie sympathique est rare.

Le D[r] Aubineau (de Brest) pense que dans sa région plus qu'ailleurs les affections de la cornée se font remarquer par leur fréquence et leur gravité. Elles fournissent à elles seules, indépendamment des causes traumatiques, 1/8 du total des cécités. Elles sont aggravées par la malpropreté des enfants, la phtiriase que les parents entretiennent avec un soin jaloux.

L'ophtalmie purulente fait bon nombre d'aveugles ; les enfants sont soignés trop tard, la mère traitant avant tout la maladie par le lait qu'elle fait jaillir dans les yeux du nouveau-né.

Il existe une grande quantité de cécités traumatiques le plus souvent professionnelles. Les ulcères infectieux de la cornée sont fréquents. La profession qui fait le plus de victimes est celle de casseur de pierres,les ouvriers qui l'exercent refusant de porter les masques spéciaux qui sont mis à leur disposition.

Plusieurs cécités professionnelles eussent été évitées si les blessés avaient reçu un traitement rationnel sitôt après l'accident. Des blessés de la Compagnie de l'Ouest dont l'oculiste réside à Paris demeurent sans soins parce que les médecins locaux hésitent pour des raisons administratives à les confier à l'oculiste de la région.

Région du Nord-Ouest. — Fouchard (du Mans) attribue d'une manière générale la cécité dans sa région aux pratiques des guérisseurs, à l'ignorance des sages-femmes et des matrones,à l'alcoolisme,à la prostitution clandestine qui transmet la syphilis, au mépris des lois de l'hygiène.

Comme Dianoux il considère les affections oculaires d'origine rhumatismale comme entraînant souvent la cécité ; elles sont fréquentes dans la Sarthe douée d'un climat humide.

Il a inscrit dans sa contrée 21 0/0 de cécités binoculaires contre 48 0/0 de monoculaires. L'âge adulte fournit le plus grand nombre d'aveugles.

Pour Chevalier (du Mans) le traumatisme est la cause dominante de la cécité, surtout chez les ouvriers carriers, ma-

çons ou tailleurs de pierres qui travaillent sans lunettes et se font extraire les corps étrangers par des camarades au mépris de toute pratique antiseptique d'où infection, irido-cyclite suppurative, panophtalmie, rendues encore fréquentes par les affections lacrymales négligées.

Après le traumatisme, l'atrophie optique et l'ophtalmie purulente sont les principales causes de cécité.

Augiéras (de Laval) insiste sur l'influence néfaste de l'alcooisme. Les traumatismes sont fréquents chez les ouvriers et les paysans. Les plaies pénétrantes de la cornée, de l'iris et du cristallin par épines d'ajoncs méritent d'être signalées comme une cause régionale de cécité, elles n'infectent guère l'œil blessé et sont suivies d'une cataracte traumatique opérable dans d'assez bonnes conditions. L'ophtalmie des nouveau-nés est peu fréquente, on ne l'observe guère que par cas isolés, sans séries susceptibles d'être qualifiées épidémies.

Région du Nord. — Le professeur de Lapersonne (alors à Lille) constate une grande proportion de cécités par ophtalmie purulente, chez les enfants, se restreignant pourtant depuis quelques années ; le gonocoque est l'agent presque exclusif de ces ophtalmies. Chez les adultes il signale beaucoup d'amblyopies toxiques qui n'amènent pas la cécité complète mais font des aveugles suivant la définition adoptée. Dans le milieu industriel de Lille l'agent principal de l'alcoolisme est le genièvre. Les ouvriers plus spécialement frappés sont les tisserands, tisseurs, fileurs, retordeurs, sédentaires, occupés à des métiers dans des ateliers mal aérés et mal éclairés qui ne brûlent pas leur alcool. Parmi les aveugles par atrophie papillaire il existe beaucoup de tabétiques à formes atténuées presque toujours syphilitiques. Bien que fréquentes dans la région du Nord les granulations conjonctivales n'ont pas donné une forte proportion de cécités dans les quatre dernières années. Les malades se soignent mieux.

Région du Nord-Est. — Bourgeois (de Reims) observe rarement le trachome et ne connaît pas de foyers contagieux créés par les granuleux.

L'ophtalmie des nouveau-nés est assez fréquente surtout dans la classe ouvrière ; les cas qui aboutissent à la cécité

monoculaire, plus rarement binoculaire, sont ceux qui ont été confiés tardivement à l'oculiste, grâce à la négligence des sages-femmes.

Les maladies les plus répandues sont les kératites d'origine scrofuleuse chez les enfants d'ouvriers, spécialement chez les enfants d'alcooliques.

Peu de maladies d'origine syphilitique ; les glaucomes ont à leur actif quelques cas de cécité.

Le décollement double de la rétine est rare, l'atrophie optique offre la même fréquence que dans les autres régions.

Les lésions par traumatisme forment une catégorie importante, mais comme l'énucléation est facilement acceptée par les blessés l'ophtalmie sympathique est exceptionnelle.

Les blessures par accidents en dehors du travail ou par imprudence sont fréquentes chez les enfants.

Pour Bagnéris (de Reims) les traumatismes ouvriers sont fréquents (éclats de verre et projection de fils de fer provenant des bouteilles de champagne, aiguilles des rouleaux de peignage chez les tisseurs et filateurs, brûlures par agents chimiques dans les teintureries). Des cataractes précoces et accompagnées de choroïdite s'observent chez les verriers à cause de la chaleur intense des fours et de l'éblouissement produit par le verre en fusion. La culture de la vigne amène aussi la cataracte à cause de la chaleur qui frappe à la figure l'ouvrier courbé sur les plants tenus bas et courts. Bagnéris a noté des cas de cataracte molle survenue en 24 heures, chez des jeunes gens, sans aucun traumatisme.

Le Dr Trumet de Fontarce, conseiller général de l'Aube, dont j'ai signalé les patientes recherches sur la cécité dans ce département, incrimine grandement les traumatismes et l'ophtalmie purulente. Il insiste sur la nécessité de soins hâtifs donnés par des spécialistes éclairés.

Région du Centre. — Pour Valois (de Moulins) les causes de cécité des citadins sont les mêmes que partout ailleurs, mais les campagnards sont sujets à des maladies spéciales parmi lesquelles la plus fréquente est l'ulcère infectieux de la cornée dû au mauvais état des voies lacrymales, à des dacryocystites anciennes et négligées par les intéressés même avertis. L'ophtalmie des nouveau-nés ne fait que peu de ravages, grâce

à l'emploi de la méthode de Crédé, et en ferait encore moins si on ne la traitait au début par des méthodes inefficaces qui font perdre un temps précieux. La myopie maligne compliquée de choroïdite, d'altérations maculaires et de décollement rétinien s'observe souvent et tend à prendre de grandes proportions même à la campagne. Les irido-choroïdites, l'atrophie tabétique, le glaucome dans toutes ses formes surtout le glaucome chronique, sont encore des causes habituelles de cécité ; toutefois le glaucome hémorrhagique est rare. On ne rencontre qu'un très petit nombre d'ophtalmies sympathiques, malgré la fréquence des traumatismes.

Leprince (de Bourges) signale dans sa région 5 cas de cécité binoculaire pour 1.000 et 41 cas de cécité monoculaire pour 1.000. Les causes les plus fréquentes sont les traumatismes chez les enfants et les adultes, le glaucome chez les vieillards.

Vacher (d'Orléans) écrit que dans sa contrée plate et agricole, à climat sain d'ailleurs, la cécité par accident est rare, il existe pourtant des ulcères infectieux chez les cultivateurs. La scrofule, l'absence de propreté, d'asepsie, d'hygiène jouent un rôle dans la production de la cécité. L'ophtalmie purulente est assez rare et le serait encore plus, si les sages-femmes n'étaient au-dessous de leur tâche en ne désinfectant pas les femmes avant l'accouchement, en prescrivant des lotions boriquées inefficaces et trompeuses aux enfants malades et en appelant tardivement le médecin. De 15 à 60 ans la cécité binoculaire a comme causes les plus fréquentes les névrites et atrophies optiques, le glaucome, le décollement de la rétine. La cécité monoculaire reconnaît comme causes : les traumatismes, les ulcères infectieux de la cornée, le décollement de la rétine et les kératites strumeuses.

Région de l'Est. — Aurand (de Lyon) sur 4.000 cas, trouve 21 cécités binoculaires soit 5,25 0/00, 1 0/00 chez les enfants, 1,75 chez les adultes, 2,50 chez les vieillards et 1 0/00 de cécités évitables et 157 cécités monoculaires soit 39,25 0/00 dont 4,25 0/00 évitables. Il signale, en outre, 2,75 0/00 de cécités professionnelles.

Région du Sud-Ouest. — Dans la région où exerce le Dr Pechdo (de Villefranche) les grands facteurs de cécité sont :

la kératite de l'enfance et la kératite infectieuse de l'adulte et du vieillard liée aux affections lacrymales. Les ulcères à hypopion occasionnent à eux seuls plus souvent la cécité que toutes les autres causes réunies.

Les traumatismes professionnels sont fréquents, le glaucome et les granulations rares.

La misère physiologique est grande dans la contrée, la nourriture insuffisante, le logement insalubre, le travail excessif, l'hygiène nulle et les soins inintelligents très répandus, autant de facteurs de cécité.

Le Dr Rogée (de St-Jean d'Angely) incrimine surtout les ulcères à hypopion et signale la rareté de l'ophtalmie purulente due à une prophylaxie fort bien réalisée dans le pays (Méthode de Crédé, antisepsie).

Le Dr Delbès (de Périgueux) a relevé dans son département le chiffre de 505 aveugles pour 480.000 habitants, soit un peu plus de 1 pour 1.000 habitants, 66,3 0/0 du sexe masculin, 33 0/0 du sexe féminin, 16 0/0 de cécités traumatiques, 13 0/0 de cécités par ophtalmie purulente. Le département de la Dordogne étant surtout agricole, les accidents sont dus aux travaux des champs, les ulcères infectieux font beaucoup de victimes. La conjonctivite granuleuse est excessivement rare.

Région du Sud. — Le Dr de Micas (de Toulouse), m'a adressé la statistique des faits de cécité bi ou monoculaire observés à la Clinique de la Faculté (Prof. Vieusse), depuis l'ouverture du service au 7 juillet 1891 jusqu'au 7 septembre 1901, relevés sur 10.300 cas ; soit 57 cas, cécités binoculaires et 236 monoculaires.

Le rapport de la cécité binoculaire avec le nombre des malades traités à la Clinique a été 0,5534 0/00, le même rapport pour la cécité monoculaire a été 2,3 0/0.

La population qui fréquente la Clinique est à la fois rurale et agricole ; elle est fournie par Toulouse, la Haute-Garonne, l'Ariège, le Tarn, le Tarn-et-Garonne, le Gers. Vu le peu de de développement de l'industrie, les traumatismes sont le plus souvent consécutifs à des accidents agricoles. Le climat ne prédispose spécialement à aucune maladie. Les granula-

tions ne se rencontrent que chez des Gitanes, des Espagnols, ou des Algériens. L'ophtalmie purulente est rare.

Les ulcères de la cornée, les traumatismes sont fréquents.

Le glaucome chronique est très répandu chez les cultivateurs, artério-scléreux, malgré l'absence d'alcooliques.

De Montpellier, le Dr Villard a envoyé une statistique d'après 4.600 malades, comprenant 77 cas de cécité binoculaire ou 16,739 pour 1.000 et 249 cas de cécité monoculaire ou 54,130 pour 1000, au total 326 cas de cécité ou 70.869 pour 1.000.

Le professeur Truc (de Montpellier) a réuni une statistique imposante et fort bien étudiée ; soit 2.386 cas bi ou monoculaires pris sur 40.000 malades, ce qui donne la proportion 1/16e. Il a constaté 34 0/0 de cécités évitables, 66 0/0 d'incurables.

Les femmes figurent pour 35 0/0, les hommes pour 65 0/0.

Le glaucome chronique est très fréquent dans la région, ce qui tient probablement à l'artério-sclérose qui résulte elle-même de la vie au grand air de la population agricole alcoolique et de son incurie thérapeutique ; pourtant depuis l'institution de la Clinique universitaire, le glaucome est mieux soigné, les populations et les médecins régionaux s'éduquent. Les ulcères à hypopion sont très fréquents et toujours lacrymaux. Les ophtalmies blennorrhagiques sont rares chez l'adulte et moins fréquentes chez les nouveau-nés grâce à l'éducation des médecins, des sages-femmes et du public. Pour des raisons analogues, les ophtalmies strumeuses très fréquentes deviennent moins graves. La conjonctivite granuleuse s'atténue progressivement par les soins, les précautions contre la contagion et l'hygiène meilleure. La proportion de 10 0/0 il y a 15 ans avec cas très graves est tombée à 5 0/0 environ avec cas graves très rares dans la région. Les traumatismes sont surtout infantiles (couteaux) ou professionnels (couteaux, serpettes). Les cataractes ne donnent que 4 pour mille de phlegmons ou irido-choroïdites purulentes.

Région du Sud-Est. — Sur 5.000 malades le Dr Salva (de Grenoble) a relevé 57 cas de cécité binoculaire et 197 cas de cécité monoculaire ou bien 51/1000 de cécités dont 11,4/000 binoculaire et 93,4/000, monoculaire. Il attribue à la syphilis

un rôle néfaste, qu'elle agisse soit directement (irido-choroïdite, névrite), soit indirectement (tabes). Les traumatismes sont la cause la plus fréquente de cécité monoculaire, par suite du développement croissant de l'industrie dans la région due aux forces naturelles du Dauphiné et de la Savoie. L'ophtalmie granuleuse est à peu près inconnue. L'ophtalmie des nouveau-nés ne fait presque plus de victimes grâce à l'antisepsie. D'autre part les médecins et les accoucheuses de la contrée connaissent bien les dangers de l'affection et n'hésitent pas à recourir à l'oculiste dès le début.

Tels sont les seuls documents, d'après lesquels le lecteur pourra se faire une idée des causes sociales, régionales et professionnelles de la cécité en France. Réunis aux statistiques, presque toutes muettes sur ces différents points, que j'ai reçues, ils ne m'ont pas permis d'écrire le vaste chapitre que j'avais projeté, mais n'en constituent-ils pas une ébauche intéressante ?

PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ

Quoique la prévention de la cécité ne m'ait pas été donnée à traiter, j'ai cru devoir annexer à ce rapport quelques notes la concernant, mais je me suis gardé de rééditer tous les conseils contenus dans les traités d'hygiène et dans les ouvrages déjà connus.

Avec une prophylaxie bien entendue on arriverait à réduire considérablement le nombre des aveugles. En étudiant les statistiques que j'ai eues en mains j'ai pu évaluer à 43 0/0 le chiffre des cécités évitables, que Golescéano croit être de 39 0/0 et Truc de 34 0/0. En adoptant le chiffre de 35 0/0 de cécités évitables dans l'état actuel de la science, je pense être d'un optimisme modéré et si les deux fléaux du jour : la syphilis cause de tant d'atrophies du nerf optique, de névrites, d'irido-chorio-rétinites et l'alcolisme père de l'artério-sclérose, de bon nombre de glaucomes, d'affections du nerf optique, collaborateur actif de nombreuses diathèses nocives, venaient à disparaître, la cécité diminuerait dans une proportion étonnante.

Les diathèses, les maladies générales jouent un rôle néfaste dans la production de la cécité, aussi doivent-elles être avec acharnement attaquées ou habilement dirigées quand elles semblent devoir déterminer des désordres visuels. Je ne puis écrire ici un chapitre de pathologie générale, mais je rappellerai qu'un rhumatisant, qu'un goutteux verra parfois fuir des déterminations oculaires, le plus souvent irido-choroïdiennes, sous l'influence d'un traitement et surtout d'un régime et d'une hygiène générale, qu'un brightique dépisté de bonne heure et chez lequel on évitera les intoxications alimentaires sera presque toujours à l'abri de la rétinite qui le guette si surviennent les phénomènes urémiques, que le diabétique bien conduit est rarement atteint de troubles visuels, que les soins donnés à l'artério-scléreux le protégeront par-

fois contre les attaques glaucomateuses, les rétinites hémorrhagiques.

Que d'affections cornéennes seraient évitées, si on soignait à temps la syphilis héréditaire, si les mesures prophylactiques destinées à empêcher les fièvres éruptives et infectieuses, spécialement la rougeole et la variole (isolement, désinfection, vaccin) étaient rigoureusement appliquées, si les malheureux enfants scrofuleux étaient vite dirigés vers les stations maritimes dont le Professeur Landouzy signalait dernièrement l'abondance (*Presse médicale*, 30 oct. 1901) ou au moins vers des sanatoria de campagne, si les parents avaient souci de la vue de leurs enfants et les faisaient traiter à temps, si les médecins surveillaient les yeux des rubéoliques et des varioleux pendant le cours de la maladie et pendant la convalescence.

L'ophtalmie purulente et la conjonctivite granuleuse disparaîtraient à jamais si les mesures prophylactiques voulues étaient en vigueur.

Pour répondre aux préoccupations des collègues qui ont bien voulu m'écrire et qui me semblent porter presque exclusivement sur certains points, pour ne pas empiéter sur les prérogatives de l'hygiène oculaire, je ne m'occuperai ici que de la prévention de certaines causes de cécité :

Les maladies congénitales ;
Les conjonctivites purulente et granuleuse ;
La myopie ;
Les traumatismes ;
La syphilis ;
L'alcoolisme.

Je n'ai pas craint d'insérer des notes détaillées sur ces deux dernières calamités que je crois personnellement très redoutables pour l'organe visuel et qui me sont signalées comme telles dans la plupart des communications que j'ai reçues.

Maladies congénitales.

La prophylaxie des maladies congénitales de l'œil est fort difficile à réaliser, presque toutes les affections étant d'origine héréditaire, comme il est facile de s'en convaincre par

des enquêtes bien faites. Si les chiffres de nos statistiques n'accusent pas toujours l'hérédité, ceci tient à la difficulté des recherches et à la négligence des observateurs.

Les parents peuvent transmettre aux enfants directement les malformations dont ils sont eux-mêmes atteints ou des malformations différentes. C'est ainsi qu'un père possédant une cataracte congénitale peut procréer des enfants cataractés ou aveugles par buphtalmie, amblyopie, colobomes de l'iris et de la choroïde, etc. Il n'est pas nécessaire que l'ascendant ait lui-même une affection oculaire pour influer sur les yeux du descendant, il suffit qu'il lui transmette une tare, un stigmate de dégénérescence.

La consanguinité par elle-même, sans l'intervention de l'hérédité, me semble impuissante à amener des lésions oculaires, comme je l'ai démontré dans un travail (La consanguinité en pathologie oculaire, *Annales d'oc.*, janv. 1892) auquel je renvoie ceux que la question peut intéresser. Elle ne crée aucun état morbide sans les matériaux que lui fournit l'hérédité.

Certains hygiénistes ont cru que la réglementation des mariages consanguins pourrait éviter la plupart des maladies congénitales des yeux.

Je ne le pense pas. Il n'y a aucune raison pour interdire le mariage à deux consanguins dont les organes visuels sont sains et bien conformés et qui sont exempts de toute tare pathologique. Ne sait-on pas que dans l'espèce animale la consanguinité est recherchée non dans le but d'amoindrir la race mais bien de la perfectionner. Les éleveurs lui doivent leurs plus beaux produits.

Les lois qui interdisent les mariages consanguins sont donc moins rationnelles que celles qui interdiraient les mariages entre gens atteints de tare pathologique.

Au reste, quels moyens d'agir sur les unions illégitimes ?

Comme conclusion, l'influence du médecin seule peut avoir quelque valeur pour la prévention des maladies congénitales des yeux. Il doit appeler l'attention des individus qui désirent s'unir et de leurs parents, des gens mariés à la naissance d'un premier enfant aveugle, sur les dangers de l'hérédité.

Ce n'est pas par des lois, des règlements qu'on atteindra le

but, c'est par une instruction de tout le monde sur l'influence néfaste de l'hérédité.

Conjonctivite purulente.

Nous possédons aujourd'hui des notions tellement précises sur les causes et la prophylaxie de la conjonctivite purulente des nouveau-nés qu'on peut s'étonner à juste raison des ravages que fait encore cette redoutable maladie qui serait pourtant aisément évitée par des précautions très simples.

Quoique la conjonctivite purulente puisse être engendrée par des microbes tels que le streptocoque, le pneumocoque, le bacille diphtérique, elle est due dans la plupart des cas au gonocoque.

L'infection se produit au moment du passage de la tête de l'enfant dans le vagin lorsque les paupières ou la conjonctive se trouvent en contact avec les sécrétions nocives de la mère ; elle peut encore se faire la tête de l'enfant étant dans l'utérus, mais à condition que les membranes soient rompues, les causes d'infection étant alors apportées par les instruments et le toucher.

La contagion peut aussi se produire après la naissance par contact direct des sécrétions provenant de la mère, d'un nourrisson contaminé, d'objets de pansement ou de toilette, par les mains souillées des gardes ou des sages-femmes.

Pour éviter l'infection la plus fréquente, celle qui se fait pendant l'accouchement, il suffirait que le médecin fît disparaître les sécrétions morbides de la mère ou que, avant l'accouchement, il désinfectât rigoureusement le vagin par des lavages antiseptiques.

Comme ceci est quelquefois impraticable et qu'il peut rester de doutes sur la stérilisation des organes maternels, voici la méthode à employer :

Aussitôt après la sortie de l'enfant on essuiera doucement les paupières avec du coton hydrophile *sec* et non trempé dans une solution, car le liquide peut, en pénétrant dans les culs-de-sac, les inoculer, alors qu'ils sont indemnes. Pour un motif analogue, on se gardera de laver les yeux de l'enfant

avec l'eau du bain qu'il est d'usage de donner sitôt après la naissance.

L'essuyage à sec terminé, on lavera les paupières et les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution de cyanure ou de bichlorure d'hydrargyre au 5/1000e, en ayant soin de se servir de coton hydrophile et non des éponges du bain ou de linges ayant touché le corps de l'enfant ou de la mère.

L'enfant sorti du bain, on entr'ouvrira les paupières pour laisser tomber dans chaque œil 1 à 2 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, au moyen d'un bâton de verre. Au bout de deux ou trois jours il se produit un petit écoulement catarrhal sans aucune gravité qui ne tarde pas à disparaître. Ces instillations constituent la méthode de Crédé, la plus efficace de toutes les méthodes prophylactiques puisqu'à la Maternité de Leipzig, elle a fait tomber le chiffre des ophtalmies purulentes de 10,8 0/0 à 1/2 0/0 et j'ajouterai la plus rationnelle puisqu'elle produit une eschare de couches superficielles de l'épithélium, et détruit les gonocoques qui ont déjà pénétré dans ces couches et pas seulement ceux qui sont demeurés à la surface.

On a essayé de remplacer le nitrate d'argent par d'autres substances telles que l'iodoforme, le jus de citron, le biiodure d'hydrargyre, le protargol etc. dont l'efficacité est contestable. Je ne les crois pas capables de réduire l'ophtalmie à 2 cas sur 1.600 naissances comme l'a fait la méthode de Crédé (statistique de Crédé).

La contagion après la naissance s'évitera en prévenant l'entourage de l'enfant du danger de cette contagion, en recommandant à la mère de ne pas contaminer ses mains par les sécrétions vaginales, en exigeant des gardes, sages-femmes, infirmières la plus grande propreté, le lavage des mains après chaque pansement ou chaque toilette du nouveau-né, qui doit posséder en propre ses objets de toilette et d'habillement, en proscrivant sévèrement l'usage des éponges, compresses, pinceaux etc., en exigeant la destruction immédiate de tous objets contaminés.

Dans les services hospitaliers, les enfants malades doivent être rigoureusement isolés des enfants sains, et si cela est possible des enfants déjà atteints, ce qui se réalise par le système

des boxes d'une manière assez pratique ; l'asepsie la plus parfaite doit régner en maîtresse et on ne devra jamais employer pour les cautérisations de la muqueuse ni crayon de nitrate d'argent, ni pinceaux qu'une économie mal entendue peut faire servir à plusieurs sujets, mais bien des baguettes de verre aisément stérilisables autour desquelles on enroule un peu de coton hydrophile.

Parfois un seul œil est atteint, il est rare qu'on puisse préserver l'autre qui est trop aisément contagionné par le pus provenant de son congénère, mais on devra chercher à atteindre ce but en faisant des lavages préventifs de l'œil indemne, en le fermant avec un pansement occlusif mais permettant néanmoins la surveillance bi-quotidienne et en exigeant que l'enfant soit couché sur le côté malade afin que le pus ne coule pas vers l'œil sain.

Quand la conjonctivite des nouveau-nés est déclarée, il est le plus souvent facile de l'enrayer par un traitement bien conduit ou tout au moins d'éviter les accidents graves, à condition que l'enfant soit soigné dès le ou les premiers jours, aussitôt que possible.Or, les parents, les sages-femmes et, il faut l'avouer, souvent aussi les médecins traitent la chose à la légère et ne se décident à avoir recours à des soins spéciaux que lorsque la cornée est déjà opaque ou perforée.

On ne se douterait jamais du nombre d'aveugles dus à la seule incurie des sages-femmes. Combien m'a-t-on amené d'enfants, à la clinique des Quinze-Vingts, dont les cornées perforées baignaient dans le pus depuis 15 ou 20 jours, et, combien de fois, sur mes reproches la mère m'a-t-elle répondu : « Mais la sage-femme m'a affirmé que ce n'était rien. »

Les parents, qui ont eux le droit d'être ignorants, attribuent souvent le mal à un « coup d'air » et le négligent comme insignifiant.

Aussi s'est-on préoccupé d'avertir les intéressés de la gravité de la blennorrhée ou de leur indiquer le traitement d'urgence de cette maladie.

Je ne crois pas à l'efficacité de cette dernière mesure qui me semble, au contraire, dangereuse puisqu'elle peut engendrer une fausse sécurité et empêcher les parents de réclamer à temps des soins éclairés.

Je préfère la proposition adoptée le 12 mars 1885 par la Société d'ophtalmologie de la Grande-Bretagne et de l'Irlande qui recommandait l'impression dans tous les documents publiés par le bureau des naissances de la note suivante :

« Si les paupières sont rouges et enflées ou sont le siège d'une sécrétion quelques jours après la naissance, l'enfant doit être conduit à un médecin sans attendre un jour. La maladie est très dangereuse ; si elle n'est pas soignée à temps elle peut faire perdre la vue des deux yeux. »

Cette note est très claire et présente l'avantage d'effrayer les parents auxquels ne sont pas supposées des connaissances médicales.

On a encore proposé d'indiquer aux sages-femmes le traitement de l'ophtalmie purulente. Si cette mesure était appliquée, on ne compterait plus les cataclysmes. Il faut,pour bien soigner une blennorrhée, une grande habitude ; il faut savoir retourner les paupières, les écarter avec les releveurs pour explorer les cornées, appliquer des traitements variables suivant les cas, tout ceci ne peut être fait que par un médecin et j'ajouterai, par un médecin compétent.

Il serait désirable que tout praticien fût au courant des soins à donner aux enfants contaminés et que de sérieuses interrogations fussent faites aux examens sur cette matière.

Dans sa séance du 16 juillet dernier l'Académie de médecine a adopté les conclusions suivantes d'un rapport de M. le professeur Pinard qui ont été transmises au Ministère de l'Intérieur :

1° Faire distribuer dans toutes les mairies avec l'acte de naissance une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers des ophtalmies des nouveau-nés.

2° Prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite dans tous les cas et partout en France,

3° Attacher un médecin ophtalmologiste à toutes les maisons d'accouchement pour diriger le traitement curatif des ophtalmies purulentes et l'enseigner aux élèves-médecins et sages-femmes.

Il suffirait, à mon avis, que toutes les sages-femmes fussent averties de la gravité de la maladie, mises au courant de la

prophylaxie que j'ai indiquée plus haut, tenues à la déclaration obligatoire de tous les cas d'ophtalmie purulente et contraintes de réclamer immédiatement les soins d'un médecin, pour atteindre le but qu'on se propose, à l'encontre duquel on irait certainement si on les chargeait d'appliquer un traitement qui, simple, serait inefficace, compliqué, deviendrait par le fait d'une application maladroite aussi dangereux que la maladie elle-même.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés est contagieuse d'enfant à enfant et d'enfant à adulte. Les intéressés doivent être prévenus de cela et être instruits des mesures sur lesquelles j'ai insisté dans le but d'éviter la dissémination du mal. Le médecin lui-même n'est pas à l'abri de la contagion qu'il peut aussi propager ; qu'il ne l'oublie pas et prenne soin de désinfecter ses mains et ses instruments avant et après les pansements. Un moyen de contagion assez fréquent est celui-ci : quand on écarte un peu brusquement les paupières d'un malade il peut arriver que quelques gouttes ou un jet de pus viennent atteindre l'œil du médecin ou de l'assistant. On a proposé, pour éviter cela, d'interposer une lame de verre entre le visage du malade et celui de l'opérateur ou bien d'employer de grosses lunettes ; mais, je crois qu'en détournant un peu la tête et surtout en écartant doucement les paupières, préalablement lavées et décollées, on peut se mettre facilement à l'abri de cet accident.

En observant bien les précautions indiquées pour éviter la contagion et la dissémination de la blennorrhée des nouveau-nés on n'aura pas à craindre la propagation de l'ophtalmie purulente des adultes d'individu à individu dans la pratique privée ou dans les services hospitaliers. On sait qu'une des causes fréquentes de la conjonctivite des adultes est le transport du pus blennorrhagique de l'urèthre à la conjonctive, il faudra donc avertir les malades atteints de chaude-pisse de ne pas porter aux yeux et même au visage les doigts souillés, de brûler soigneusement les linges qui leur ont servi à nettoyer ou à envelopper la verge ainsi que tous les objets suspects, et de faire une désinfection complète des mains après chaque attouchement dangereux.

Des précautions analogues doivent être imposées aux petites

filles ou aux femmes atteintes de vulvo-vaginite chez lesquelles le traitement de l'affection vaginale doit être rigoureusement poursuivi.

Les médecins ne négligeront jamais d'avertir les blennorrhagiques des dangers qu'ils peuvent faire courir à leurs femmes et à leurs enfants à venir s'ils ont des rapports conjugaux avant complète guérison de la chaude-pisse.

Lorsque la maladie a éclaté, les secours médicaux doivent être rapides et énergiques, les patients ne devront pas perdre de temps pour se faire soigner. Si un seul œil est atteint l'autre doit être protégé immédiatement par un pansement occlusif ou mieux par un verre enchâssé dans un emplâtre adhésif afin de permettre la surveillance de l'organe sain.

Conjonctivite granuleuse.

La conjonctivite granuleuse est due à une infection provenant d'un œil atteint, surtout lorsque cet œil sécrète beaucoup ; le danger de contagion est donc d'autant plus grand que la sécrétion est plus abondante, d'où la nécessité pour éviter le transport de réduire le catarrhe par les moyens appropriés, d'exiger de fréquents lavages des yeux malades et la destruction de tous les objets de toilette et de pansement qui auraient pu être souillés. Il faudra avertir les patients et leur entourage des dangers de la situation que le médecin ne devra jamais compromettre en négligeant de se désinfecter les mains après les soins à donner aux granuleux ou en se servant pour des malades sains des pinceaux ou crayons qu'il aurait pu employer chez un granuleux.

L'isolement du malade est à recommander surtout lorsque celui-ci vit dans la promiscuité des logements pauvres, des collèges, asiles, prisons, casernes, navires, ateliers, hôpitaux.

L'absence d'hygiène, d'aération favorise le développement des épidémies de trachome qui pourtant ne peuvent se développer sans la présence de l'agent infectieux. Aussi les logements insalubres doivent-ils être réglementés et les établissements destinés à contenir des collectivités être bâtis suivant des règles hygiéniques bien définies. Dans les hôpitaux

les granuleux ne doivent pas être laissés en contact avec les autres malades, ils doivent être reçus à demeure et même pansés, lorsqu'ils viennent du dehors, dans des salles spéciales. Le personnel infirmier doit être astreint à des précautions de parfaite asepsie tant pour se protéger lui-même que pour éviter la dissémination du mal. Les sujets atteints de conjonctivite vulgaire sont plus exposés que d'autres à prendre la granulation, d'où la nécessité de soigner énergiquement tous ceux qui peuvent venir au contact des granuleux.

Dans les collèges, asiles, prisons, casernes et navires, il faut des désinfections rigoureuses des locaux qui ont été habités par les granuleux, des vêtements qu'ils ont portés, du linge qui leur a servi.

Ces mesures peuvent être utilement appliquées dans la pratique civile, d'où l'utilité de la déclaration obligatoire du trachome. Dans les établissements publics que je viens d'indiquer, une inspection médicale des yeux devrait être faite mensuellement et tout sujet suspect devrait être isolé, soigné et seulement rendu à la vie collective après parfaite guérison.

Les lavabos communs sont fort dangereux, il faut multiplier les lavabos individuels ou ne servant qu'à un petit nombre d'individus ; les éponges, savons, serviettes, doivent être personnels.

Les conscrits granuleux seront réformés si le cas est grave ou hospitalisés et soignés jusqu'à guérison, si le cas est léger, avant d'être reçus dans les chambrées. Les soldats granuleux seront traités de même et ne devront jamais regagner leurs foyers avant la stérilité complète de leur conjonctive.

Si les précautions étaient bien prises, on n'assisterait jamais à d'épouvantables épidémies comme celle que j'ai pu observer, il y a quelques années, dans un vaste asile d'enfants situé en Bretagne, que je fus chargé d'inspecter et où je ne trouvai ni un seul enfant, ni une religieuse, ni un infirmier indemne de trachome !

Myopie.

La myopie fait beaucoup d'aveugles, d'après nos statisti-

ques : 224 cas sur 3.763 patients atteints de cécité binoculaire, 260 cas sur 2.200 frappés de cécité monoculaire. Ces chiffres sont fort élevés et dignes de fixer l'attention sur les mesures prophylactiques propres à empêcher l'éclosion de la myopie ou à en enrayer le développement progressif.

Je n'ai nullement l'intention de répéter tout ce qui a été dit sur cette vaste question si bien étudiée dans le livre de Fuchs auquel on a même reproché de s'être trop étendu sur elle, dans un mémoire qui avait pour but de rechercher les causes et la prévention de la cécité, et traitée par moi dans mon livre sur l'Hygiène de l'œil.

Je me bornerai à mettre en relief les points saillants concernant sa prévention.

Si toutes les myopies étaient acquises, c'est-à-dire créées par les efforts que nécessite le travail de près, il serait relativement facile de les enrayer par une hygiène scolaire bien comprise; mais il ne faut pas oublier qu'il existe des myopies congénitales qui se développent sans abus de l'accommodation et de la convergence chez des illettrés et aboutissent aux pires désastres. J'ai même été très frappé en dépouillant mes statistiques du grand nombre de campagnards, d'ouvriers manuels devenus aveugles par suite d'accidents myopiques et principalement de décollements rétiniens.

Ceci donnerait raison à Magnus qui croit que ce ne sont pas seulement l'écriture et la lecture qui disposent les myopes au décollement, mais encore le travail corporel excessif engendrant une hyperémie veineuse qui se produit dans tout effort.

La myopie congénitale ne pourrait être enrayée que par une sélection bien difficile à réaliser. Elle est due à l'hérédité dans la plupart des cas et ne disparaîtrait que si disparaissaient les unions entre myopes et même que si certains myopes se vouaient au célibat. Notre état social ne se prête pas à ces solutions rigoureuses, mais il n'est pas mauvais que le public soit averti de l'hérédité de la myopie, ne serait-ce que pour pousser les parents entachés de ce vice à surveiller de bonne heure les yeux de leurs enfants.

Existe-t-il une myopie acquise ? presque tous les auteurs sont affirmatifs sur ce point et en attribuent la genèse à un

effort d'accommodation et de convergence. Bien nombreuses sont les statistiques qui montrent que l'enfant ne naît pas myope, le devient vers l'âge de 10 ans, que la myopie progresse pendant la période scolaire, est surtout marquée dans les classes élevées, chez les sujets qui préparent les Écoles dont l'accès nécessite un grand labeur et d'une manière générale chez les individus qui abusent du travail de près. Il faut pourtant faire une réserve et tenir compte d'un facteur auquel on n'a pas accordé assez d'importance : l'influence de la croissance. La conformation de l'œil myope est héréditaire, mais l'hérédité ne s'accuse qu'au moment de la croissance quand l'organisme prend l'empreinte qu'il aura définitivement. L'œil s'allonge pendant la vie scolaire, d'autres organes ne se développent-ils pas parallèlement pendant la même période qui ne sont pas soumis au même travail ?

Quoi qu'il en soit de ces réserves, il semble que l'hygiène de l'écolier ait, au point de vue oculaire, une grande importance, même si on devait la considérer comme surtout efficace contre les accidents de la myopie plutôt que contre le développement de la myopie.

En passant, je tiens à signaler un point laissé un peu de côté, à savoir l'influence de l'état général sur la myopie et sur l'intolérance de la myopie, d'où la nécessité de surveiller les yeux des enfants après les maladies dont ils ont été atteints, spécialement les fièvres éruptives souvent prétextes à l'éclosion ou au développement de la myopie.

Je ne répéterai pas ici tout ce qui concerne l'utilité d'une rationnelle construction scolaire, d'un bon éclairage des bâtiments d'École qui doivent être orientés à l'est, au nord-est ou au sud-est, être entourés de cours spacieuses ou situés sur de larges artères, être éclairés à la lumière électrique réfléchie par des plafonds blancs. Je n'insisterai pas sur la nécessité d'un mobilier scolaire approprié à la taille de l'enfant, de livres bien lisibles, de méthodes particulières d'écriture, de la limitation des heures de classes et d'études, de récréations et de vacances suffisantes, de n'admettre à l'École que des enfants ayant dépassé 6 à 7 ans etc. Tous ces points sont fort bien étudiés dans les traités d'hygiène oculaire.

J'aime mieux rappeler le rôle dévolu à l'oculiste qui doit

instruire les parents des enfants myopes et les myopes adultes qui le consultent des inconvénients et des dangers de la myopie, des causes qui peuvent l'aggraver, des conditions d'hygiène spéciale que doit observer le myope non seulement à l'école, mais dans la famille et pendant toute sa vie de travailleur. Il doit lutter contre ce préjugé qui consiste à déclarer que l'œil myope est le meilleur et imposer le port des verres correcteurs malgré les répugnances qui lui sont manifestées. Il doit indiquer quelles sont les professions permises et interdites et s'informer, quand il s'agit d'enfants, de celles qui doivent être embrassées.

Presque tous mes correspondants ont insisté sur la nécessité de l'inspection des écoles et collèges deux fois par an par un oculiste. J'y ajouterai l'utilité de la remise aux parents d'une fiche visuelle indiquant l'état des yeux de l'enfant, le numéro des verres qu'il doit porter, voire même des conseils sur l'hygiène qu'il doit observer. Cette mesure est, du reste, adoptée depuis longtemps au Japon !

Les médecins spécialistes ne peuvent se rendre dans certaines écoles éloignées des grands centres. Pour combler cette lacune Leprince a fait construire une échelle optométrique scolaire que les instituteurs doivent faire lire aux élèves et qui a été employée cette année par tous les instituteurs du département du Cher. Dans un but analogue, Dianoux a fait adopter dans certains collèges où il a crédit une revue des élèves par les professeurs à la rentrée des classes et avant Pâques, revue pendant laquelle les élèves sont placés en face de lettres découpées dans un en-tête de journal qui doivent être lues à une distance déterminée.

Le concours de tous les éducateurs, dûment instruits par des avis spéciaux, doit être réclamé pour la surveillance de la vision, des attitudes de leurs élèves.

Traumatismes.

Les traumatismes du globe oculaire amènent 6 0/0 de cécités binoculaires et 20 0/0 de cécités monoculaires, chiffres qui seraient réduits dans une notable proportion si des me-

sures sérieuses concernant leur prévention étaient soigneusement appliquées.

Les accidents causent la cécité complète lorsqu'ils atteignent les deux yeux, comme cela arrive souvent dans les explosions, les coups de mine, les brûlures par la chaux ou lorsque la blessure d'un œil entraîne la perte du congénère par ophtalmie sympathique.

Il faut distinguer les traumatismes professionnels auxquels sont exposés les ouvriers de ceux qui sont dus au hasard ou à l'imprudence, tels que les accidents de chasse, ceux qui frappent les enfants.

Traumatismes professionnels. — Beaucoup de professions exposent à ces traumatismes : les serruriers, les mécaniciens ajusteurs reçoivent souvent des paillettes de fer ou d'acier, les rémouleurs ou les ouvriers qui se servent de la meule à émeri, des éclats de meule, d'émeri, de métal ; les meuniers, les tailleurs de pierre, les cantonniers des fragments de pierre ou de fer provenant de l'outil ; les mineurs sont exposés aux coups de mine, les artificiers aux explosions, les chimistes aux explosions et aux brûlures par agents chimiques, les maçons aux brûlures par la chaux, les mécaniciens de chemins de fer, les chauffeurs d'industrie aux éclats dus à la rupture des tubes à niveaux. Les campagnards ne sont pas exempts des traumatismes oculaires. On sait la gravité des blessures de la cornée dues aux épis de blé pendant la moisson alors que les voies lacrymales infectées agissent si fâcheusement pour provoquer des suppurations locales, les désordres fréquents causés par les piqûres d'épine, par les coups de corne de vache.

La prophylaxie varie suivant qu'il s'agit de dangers d'explosion ou de la projection des divers corps étrangers.

Dans les lieux où une explosion est possible des règlements sévères doivent indiquer les conditions prudentes d'éclairage, interdire de fumer, restreindre et ordonner les visites et manipulations des matières explosibles. Inutile de dire que l'usage de la lampe des mineurs doit être absolument imposé et que tout ouvrier coupable d'avoir ouvert sa lampe doit être sévèrement puni. Les tubes à niveau des chaudières, les syphons contenant de l'acide carbonique seront entourés d'un

treillis métallique suffisamment solide pour éviter, en cas d'explosion,les projections d'éclats de verre.

Les ouvriers exposés aux traumatismes par corps étrangers ne se livreront à leurs travaux qu'avec la protection de lunettes spéciales qu'on fabrique en verre épais, en fil d'archal, en treillis métalliques divers, voire même en mica. Les ouvriers sont tout à fait rebelles au port des lunettes contre lequel ils invoquent deux arguments : leur incommodité et la dépense occasionnée par leur achat. Il faut reconnaître que les lunettes se déforment, se rouillent, se couvrent de buée et gênent le travailleur, les oculistes devraient fixer leur attention sur ces points et créer de bons types de lunettes de travail qui n'excusent pas la répugnance de ceux qui doivent les porter. Il est facile de faire construire des lunettes à très bon marché que l'ouvrier le plus nécessiteux puisse se procurer, de plus les patrons ont intérêt à fournir gratuitement ces agents de protection à des sujets qu'ils peuvent être appelés à pensionner.

L'incurie est presque toujours en cause plus que les raisons invoquées, en effet, des sociétés charitables ont fait des distributions gratuites de lunettes à des ouvriers qui ne les ont jamais portées ou se sont empressés de les vendre. Il serait nécessaire que les patrons fussent contraints sous peine d'amende, à exiger le port des lunettes dans les usines et ateliers, que les compagnies d'assurances, dans leurs contrats, refusassent les bénéfices de la convention aux individus traumatisés faute de protection.

Bourgeois (de Reims) conseille de ne pas employer, dans les métiers dangereux pour les yeux, de sujets borgnes ou atteints de vices importants de réfraction.

Dans les usines et ateliers devraient être affichés des avis clairs et concis indiquant les dangers oculaires, la nécessité d'une extraction rapide et bien faite des corps étrangers, les premiers soins à donner aux blessés surtout en cas de brûlures par les agents chimiques et spécialement l'indication de l'endroit, hôpital ou clinique, où l'ouvrier pourra se rendre pour recevoir des soins médicaux éclairés. Les intéressés doivent aussi être avertis des dangers de l'ophtalmie sympa-

thique et de la nécessité d'une surveillance après toute blessure d'un œil.

Traumatismes dus au hasard ou à l'imprudence. — Ceux du premier type sont faciles à imaginer et échappent presque toujours à la prévention, pourtant avec quelque présence d'esprit on peut en éviter quelques-uns ; l'idée de baisser les glaces d'une voiture, au moment où un choc la menace, a sauvé quelques yeux.

Les accidents de chasse, ceux qui surviennent dans les fêtes publiques, ceux qui atteignent les enfants en maintes circonstances caractérisent ceux du second type.

L'accident de chasse devient de plus en plus fréquent depuis que se généralisent la pratique de ce sport et l'emploi d'armes perfectionnées à longue portée, tirant des poudres pyroxilées et du plomb durci si favorable aux ricochets.

Les propriétaires de chasses ne sauraient trop recommander la prudence à leurs invités, réprimander ceux qui dirigent le canon de leurs fusils vers leurs voisins ou suivent le gibier avant de presser la gâchette. Ils doivent exiger que les tireurs enlèvent les cartouches entre les battues et pendant les marches stériles. Un chasseur imprudent doit supporter, sans se plaindre, les plus dures leçons. Que dire d'un tireur qui, près des rabatteurs, tire un faisan bas ou un lapin. Dans une chasse bien organisée un coup de corne spécial devrait avertir les chasseurs de la proximité des rabatteurs si souvent victimes et interdire le tir dans la zone dangereuse.

On a proposé plusieurs modèles de lunettes protectrices pour les chasseurs. Elles sont lourdes et encombrantes et toutes celles que j'ai étudiées sont incapables de résister au choc d'un plomb animé d'une certaine vitesse.

Les ricochets sont aussi dangereux que les coups en plein, aussi, même quand on tire devant ou derrière soi en dehors de la ligne, doit-on se méfier de la terre gelée, d'un tas de pierres, de certaines souches et même de certains arbres, tels que les chênes qui renvoient le plomb si aisément sur un voisin.

Les lendemains de fêtes publiques, spécialement après le 14 juillet, la Clinique des Quinze-Vingts, reçoit la visite de

nombreux individus blessés par des explosions de pétards, de pièces d'artifices. Ne peut-on appliquer sévèrement les règlements et prohiber la vente des agents dangereux. Que dire des confetti qu'on continue à autoriser, et qui, à mon su, ont causé la perte de trois yeux, deux par abcès de la cornée (érosion, dacryocystite), un par ophtalmie purulente.

Les traumatismes oculaires sont très fréquents chez les enfants et diminueraient si la vente de certains jouets dangereux était interdite, tels que flèches, sarbacanes, frondes, pétards, fusils à capsules etc. Certains jeux devraient être réprimés dans les collèges où les balles lancées violemment, les coups de poing directs amènent de graves accidents. A la maison, l'enfant doit être surveillé et n'avoir à sa disposition ni couteaux, ni ciseaux pointus, ni aiguilles à coudre ou à tricoter, si souvent coupables de la perte d'un œil due aussi dans nombre de cas à des perforations par les plumes à écrire.

Soins médicaux. — Leur importance est extrême, en cas de traumatisme, et tous les médecins, spécialement les médecins d'usines et d'ateliers, devraient être à même de les donner, tout au moins être en état d'enlever, sans dégâts, les corps étrangers de la cornée. C'est aux médecins aussi à aviser les malades porteurs de vieilles affections lacrymales, de dacryocystites des dangers de suppuration de l'œil auxquels ils seraient exposés, au moindre traumatisme, en conservant ces maladies. C'est à eux d'avertir les blessés de la possibilité de l'ophtalmie sympathique, du rôle préventif de l'énucléation qui en empêche si souvent l'éclosion. C'est à eux surtout de bien soigner leur blessé, de faire dès après l'accident une rigoureuse antisepsie, d'être très sobres d'opérations sur des yeux traumatisés s'ils veulent éviter cette terrible éventualité à laquelle échappent presque toujours les patients qui ont reçu des soins hâtifs et intelligents.

Syphilis.

Le Dr Portalier a bien voulu rédiger la note suivante qui résume sur la matière les idées du professeur Fournier. Je le

remercie vivement de ce travail que je transcris textuellement vu l'importance de la question et la difficulté de réunir un tel faisceau de renseignements épars de tous côtés.

« La prophylaxie de la syphilis est, on peut le dire, née d'hier, grâce à l'initiative et aux travaux du professeur Fournier. »

Or, cette question de la prophylaxie de la syphilis n'est qu'à l'étude encore et elle est loin d'être résolue. En l'absence de tout vaccin capable de prévenir l'infection et de tout sérum susceptible d'enrayer la maladie à son début, il a fallu chercher d'autres moyens de défense contre un ennemi qui menace chacun.

C'est ainsi que vient de se former, sous la présidence du professeur Fournier, la « Société Française de prophylaxie sanitaire et morale » qui s'est donné comme tâche d'organiser cette défense.

Dans une conférence faite à l'Hôpital St-Louis, sous le titre de « Ligue contre la syphilis », le professeur Fournier a exposé en détail les principales mesures de prophylaxie à opposer au péril vénérien.

Ces mesures peuvent se répartir en trois groupes que nous nous bornons à énumérer :

Moyens d'ordre moral et religieux ;

Moyens de répression administrative et policière ;

Prophylaxie médicale.

Un point domine toutefois dans cette question si complexe de la prophylaxie de la syphilis, c'est que la première chose à faire est « d'initier le public à ce qu'il a besoin de savoir relativement aux dangers de la syphilis et relativement aux modes multiples, divers et la plupart ignorés, de dissémination de la maladie ». Donc, nécessité d'instruire les gens de bonne heure car, d'après une statistique du Dr Edmond Fournier, c'est de vingt à vingt-trois ans que l'homme contracte surtout la vérole.

Aussi bien la Société française de prophylaxie sanitaire et morale a-t-elle proposé à ses membres des questions comme les suivantes :

Doit-on ou non, dans les centres scolaires, éclairer les élèves des classes supérieures sur les dangers des affections

vénériennes, et, si oui, dans quelle mesure et comment ?

Doit-on ou non, dans l'armée et la marine, éclairer les soldats sur les dangers des maladies vénériennes ? Et, si oui, quelles mesures prendre en ce sens ?

Un autre point encore sur lequel il n'est pas inutile d'insister, c'est qu'il ne convient pas, c'est qu'il ne convient plus de traiter en coupables les malheureux syphilitiques. Que celui qui jamais n'a mérité la vérole jette aux syphilitiques la première pierre. En ne considérant plus faussement la syphilis comme une maladie honteuse, comme l'apanage de la débauche, on empêchera les victimes de cette maladie de se cacher pour se soigner et partant de risquer de se mal soigner. En favorisant leur cure au contraire, on diminuera pour les autres les chances de contagion et là encore on fera de la prophylaxie.

Quel est, en effet, le meilleur moyen d'éviter la syphilis héréditaire, l'une des conséquences les plus cruelles de la syphilis des parents, car elle atteint des innocents ? C'est d'obtenir le traitement régulier et prolongé de celui qui est ou sera l'époux et le père, l'homme étant le principal fauteur des syphilis familiales. Pour tuer la vérole il faut la traiter longuement, il faut la traiter durant des années.

Ou l'homme qui prend la syphilis est célibataire, ou il est marié. S'il est célibataire, son médecin, après l'avoir instruit des dangers de son mal pour lui-même, pour sa future compagne et pour sa descendance, le soumettera donc aussi longtemps que possible, durant un minimum, variable suivant les cas, de trois à quatre années, à des cures intermittentes, plus ou moins rapprochées, mercurielles et iodurées. Il reculera le plus possible l'époque de son mariage, le temps jouant le rôle d'atténuateur naturel de la virulence du poison syphilitique. Il ne permettra pas le mariage avant la fin de la quatrième et mieux de la cinquième année, et à la condition que nul accident n'ait apparu au moins dans les six derniers mois.

Il veillera également à ce qu'une cure mercurielle soit faite durant les cinq ou six semaines qui précéderont le mariage. Ainsi le célibataire pourra-t-il se présenter comme époux et comme père dans les conditions d'homme redevenu

sain et pourra-t-il rester dans l'avenir, au prix des mêmes soins de prévoyance, indemne lui-même et non dangereux pour sa femme et pour ses enfants.

Une mesure de prudence qui tend de plus en plus à se généraliser veut que, d'une façon systématique, on fasse suivre à toute femme qui a conçu un enfant d'un homme syphilitique d'ancienne date un traitement mercuriel au cours de sa grossesse. Les faits prouvent que ce traitement prescrit à petite dose (deux centigrammes, par exemple, de protoiodure d'hydrargyre par jour) est d'abord inoffensif pour la mère qu'il n'expose à aucun dommage, voire à aucune malaise, et qu'il est des plus salutaires pour elle et pour son enfant. C'est une pratique de prophylaxie parfaite et qu'on ne saurait trop encourager.

Si l'homme vient à contracter la syphilis pendant le mariage, plus que jamais il a le devoir de se soigner sans la moindre négligence, car il n'est pas besoin d'insister sur les graves responsabilités qu'il encourt. Le mieux qu'il ait à faire c'est d'avouer son mal à sa compagne en couvrant sa faute comme il le pourra. Plus de rapport conjugal jusqu'à nouvel ordre et pas d'enfant.

S'il a le malheur de contaminer sa femme, c'est tous les deux qu'il faut naturellement soigner et, plus que jamais, il convient au ménage de s'abstenir d'avoir des enfants durant des années.

Que la syphilis soit acquise ou héréditaire, elle demande d'être soignée de même. Quoi qu'on puisse dire, l'indication apparaît de plus en plus formelle de traiter en quelque sorte indéfiniment la vérole, car nul ne sait sous quelle forme cette maladie peut se réveiller un jour ou l'autre.

Traitements intermittents rapprochés pendant les premières années de l'infection, puis un traitement préventif annuel presque indéfiniment au delà.

Il n'est pas dans notre rôle d'exposer ici le traitement de la syphilis. Existe-t-il d'ailleurs un traitement uniforme et qu'on pourrait appeler classique de la vérole ? Des deux remèdes dont on dispose contre ce mal, le mercure et l'iodure de potassium, le mercure est par excellence le médicament de fond. C'est à lui qu'il faut recourir tout d'abord lorsque

surgit un accident si tardif soit-il. C'est lui qui est la base de tout traitement préventif. Les modes multiples suivant lesquels on peut l'administrer font qu'il pourra toujours être pris et toléré par un malade. Il n'est guère d'accident de nature syphilitique dont à lui seul il ne puisse venir à bout. L'iodure de potassium, qui fut accrédité en France par Ricord, et qui, lui aussi, a fait des preuves si merveilleuses que Ricord, dans ses conférences à ses élèves, avait pour habitude de soulever sa calotte en prononçant son nom, n'a pas la même fortune que le mercure d'être toléré de tous. Mais heureusement on peut guérir sans lui. Un certain nombre de faits cliniques établissent que la teinture d'iode prise à l'intérieur, à la dose de quelques gouttes par jour, peut suppléer l'iodure de potassium chez ceux tout au moins qui ne supportent pas ce sel.

Moyens d'ordre moral et religieux, réclamant le concours de tous ceux « auxquels revient l'honneur de prêcher professionnellement la bonne parole, c'est-à-dire le prêtre, le pasteur, le rabbin, l'instituteur, l'institutrice ». Car, en effet, rien de plus noble et de plus élevé que de viser à l'extinction de la syphilis par le relèvement moral, la conscience du devoir, le respect de la jeune fille, les unions précoces.

Moyens de répression administrative et policière. — A côté des prostituées inscrites sur les registres de la Préfecture de police et qui sont soumises, comme on le sait, à un examen médical régulier, il existe toute une catégorie de prostituées clandestines, c'est-à-dire les femmes non inscrites qui, jouissant de toute impunité, représentent l'élément par excellence de diffusion de la syphilis.

C'est donc contre ces femmes que, dans un intérêt public, la réglementation est nécessaire, mais encore l'esprit public veut-il cette réglementation légale et humanitaire — légale, de par la substitution de la loi à l'arbitraire, du droit commun au pouvoir discrétionnaire de l'administration — humanitaire de par la substitution de l'hôpital à la prison pour les filles malades dont l'internement est exigé par la sauvegarde de la santé publique.

Ainsi, comme conséquences de cette réglementation, opportunité de fermer ces brasseries à inviteuses, ces débits de

vin à arrière-boutique réservée à la prostitution ; — opportunité de surveiller le personnel féminin de ces maisons de rendez-vous où l'homme confiant croit trouver toute sécurité et ne fait que payer plus qu'ailleurs la vérole ; — enfin et surtout, suppression d'une façon absolue, par tous les pouvoirs dont pourra user le gouvernement, de la prostitution des filles mineures.

Mais, s'il est bien de réprimer la prostitution, cette grande source où s'abreuve la syphilis, il est de meilleure prophylaxie encore de la prévenir. Ce sont toutes les questions sociales des origines de la prostitution qui vont être alors soulevées et dont les solutions successives contribueront d'autant, peu à peu, à la prophylaxie qui nous occupe.

Par exemple :

Question du paupérisme féminin ;

Question du salaire des femmes ;

Accès des carrières libérales rendu de plus en plus facile aux femmes ;

Réformes dans l'éducation des jeunes filles que, par fausse pudeur, par pruderie plutôt, on laisse ignorantes des dangers qui les menacent et qui restent, par conséquent, désarmées devant ces dangers ;

Education professionnelle des jeunes filles ;

Recherche de la paternité, réforme qui, sans doute, diminuerait le nombre des séductions suivies d'abandon ;

Responsabilité du dommage fait à autrui par contamination vénérienne, etc., etc.

Prophylaxie médicale. — Pour tarir la vérole il faut la traiter longuement, il faut la traiter durant des années. Si l'on peut obtenir ce résultat des malades qui fréquentent les cabinets de consultation des médecins, il n'en est pas de même pour ceux qui ne peuvent que réclamer des soins aux consultations des hôpitaux ou suivre quelque cure des plus urgentes dans un service hospitalier. On ne voit ces malades-là que lorsqu'ils sont en puissance active d'accidents. Mais, si l'on arrive à supprimer chez eux l'accident contagieux et à empêcher — et encore — l'homme du peuple, par exemple, de transmettre directement son mal à sa compagne, on n'a pas le temps d'agir chez lui sur les conséquences per-

sonnelles éloignées et la contagiosité héréditaire de ce même mal.

A quelle prophylaxie recourir en ce cas ? La voici :

Il faudrait que le traitement des affections vénériennes eût pour organes des *dispensaires spéciaux* rattachés aux hôpitaux; —dispensaires multiples, méthodiquement répartis dans les divers quartiers de la capitale, en vue d'éviter aux malades de longs déplacements et des pertes de temps considérables (c'est presque une journée de perdue pour le travailleur qui vient à une consultation d'hôpital) ; — dispensaires fonctionnant *à jours et heures propices aux malades*, voire peut-être *le soir*, si une expérience tentée en ce sens était bien accueillie du public parisien ; — fonctionnant avec *distribution gratuite de médicaments* ; — utilisant le système expéditif et indispensable des *fiches individuelles* (ce qui, pour la syphilis, en particulier, permettrait au médecin d'avoir sous les yeux, et sans interrogatoire nouveau, tout le passé pathologique et thérapeutique du malade) ; — dispensaires, enfin, délivrant à tout malade, au verso de chaque ordonnance, une *instruction* élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis, non pas seulement pour lui-même, mais rapport à autrui, etc.

Et surtout, par dessus tout, il faudrait qu'en tête de cet ensemble de réformes prît place celle qui s'impose au nom de l'humanité, à savoir la substitution à la consultation publique par fournées, à promiscuité écœurante, de la *consultation individuelle, privée, secrète.* Il faudrait *qu'une consultation hospitalière pour la syphilis se rapprochât le plus possible de ce qu'est en ville une consultation de même ordre.*

Alcoolisme.

J'ai demandé au Dr Jacquet, le si brillant lutteur, une note sur la prophylaxie de l'alcoolisme. Il a eu la complaisance de m'adresser celle-ci que je regretterais de ne pas transcrire *in extenso.*

« Par son énorme fréquence, et la somme colossale d'intérêts qui gravitent autour de lui, l'alcoolisme est devenu

question, non seulement individuelle, mais encore *politique*, *économique* et *sociale*.

D'autre part, si l'on prend l'étiologie pathologique de haut et d'ensemble, on doit admettre qu'il entre pour un *tiers* au moins, dans la morbidité et la mortalité générales : or, comme la France est actuellement de tous les pays du globe, le plus alcoolisé, et aussi le seul dont la population soit à peu près stationnaire, cette question revêt ainsi un caractère *patriotique*, *national*, *ethnique*.

Le poison destructeur de notre race devra donc être combattu par un ensemble de moyens appropriés aux diverses phases sociales de la vie française.

Voici, dans les très grandes lignes, l'ensemble de ces moyens :

1° Enseignement anti-alcoolique sérieux avec inscription aux programmes d'examen et sanction universitaire etc... à tous les degrés de la scolarité officielle et libre.

2° Prolongation de cet enseignement dans toutes les collectivités post-scolaires, les cours d'adultes, les grandes écoles, l'armée.

3° Agitation anti-alcoolique sous forme d'adhésion aux sociétés spéciales : Ligue nationale contre l'alcoolisme (34, boulevard Beaumarchais) ; Union française anti-alcoolique (5, rue de Latran) ; Fédération de la Croix-Blanche (19, boulevard Raspail), etc... etc... ; sous forme aussi de conférences, de pétitionnement, de pression électorale, etc....

4° Abrogation de la loi du 17 juillet 1880 et réglementation du nombre des débits de boisson.

5° Interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe et produits similaires, dont la liste serait demandée à l'Académie de médecine, conformément à la motion Vaillant votée en 1900 par le Parlement, à *titre platonique*.

6° Suppression du privilège des Bouilleurs de crû, une des principales sources de l'alcoolisme familial et de l'empoisonnement public, en même temps que violation flagrante de l'égalité devant l'impôt.

7° Enfin encouragement aussi varié et efficace que possible à l'utilisation industrielle de l'alcool.

Grâce à cet ensemble de moyens convergeant au but, nous

pourrons, il est permis de l'espérer, saluer comme la Suède et la Norvège, l'aube de la désalcoolisation et de la renaissance nationales. »

Moyens généraux de prophylaxie.

Que si du particulier je m'élève au général il ne me reste plus qu'à résumer les moyens qui peuvent prévenir la cécité et qu'on peut diviser en : moyens sociaux, législatifs et médicaux.

Moyens sociaux. — Malgré le scepticisme de plusieurs, je crois à l'utilité des avis donnés au public qui s'intéresse de plus en plus aux questions d'hygiène et je pense que des circulaires, des conférences, des brochures bien faites et ne mentionnant jamais un moyen quelconque de traitement, peuvent avoir la plus heureuse influence pour la prophylaxie des maladies oculaires.

Je n'en veux comme preuves que l'agitation qui se répand de plus en plus à propos de l'alcoolisme, de la syphilis et de la tuberculose. Le Dr Jacquet n'a-t-il pas fait acclamer la suppression des bouilleurs de crû en Normandie, à Rouen à la suite d'une habile conférence ? J'irais même jusqu'à conseiller des procédés de véritable réclame, des timbres affiches, des insertions sur les calendriers, dans les almanachs. Des notes dans le genre de celles-ci seraient-elles mal venues : « L'ophtalmie des nouveau-nés est très dangereuse et nécessite des soins médicaux immédiats », « L'œil myope est un œil dangereux », « La syphilis et l'alcool font perdre la vue ».

On pourrait encore donner des notions d'hygiène oculaire aux instituteurs, dans les écoles normales en les chargeant de les transmettre sous forme concise aux enfants dont ils ont charge.

Les avertissements aux pouvoirs publics sont rarement efficaces, mais une société telle que la nôtre ne s'honorerait-elle pas en cherchant à se faire entendre ?

Eviter l'encombrement des logements, créer des habitations ouvrières saines, répandre la valeur des lois hygiéniques à la ville et à la campagne, construire des écoles et des ateliers bien aérés et bien éclairés, relever par tous moyens le bien-

être et l'état moral des classes pauvres, ne serait-ce pas concourir efficacement au but proposé.

Moyens législatifs. — Souvent infidèles sont les lois et règlements, tout dépend de la manière dont ils sont appliqués, néanmoins quelques-uns auraient dans l'espèce une réelle valeur ; par exemple l'inscription sur le bulletin de naissance d'un avis concernant l'ophtalmie purulente, l'obligation pour les sages-femmes de déclarer la dite ophtalmie et de conduire l'enfant à un médecin, des pénalités frappant les sages-femmes rebelles, la désinfection des locaux habités par des groupes de granuleux, sans parler des lois visant la propagation des maladies contagieuses, de celles dirigées contre la syphilis, l'alcoolisme et des règlements sur le port des lunettes de travail, points sur lesquels j'ai suffisamment insisté par ailleurs. Comme le réclame le Dr Fouchard (du Mans) il faudrait poursuivre les guérisseurs de campagne et tenir la main à ce que la loi Roussel fût strictement appliquée. Les Compagnies de chemins de fer ne devraient-elles pas être obligées d'avoir un ophtalmologiste attaché à leurs services médicaux ?

Que dire de l'utilité des poursuites à diriger contre les divers charlatans qui soignent les maladies des yeux, contre les pharmaciens qui distribuent si aisément les collyres dans leurs officines ?

Moyens médicaux. — L'instruction ophtalmologique des médecins est notoirement insuffisante et il n'est pas de jour où nous ne voyions survenir des cécités par la faute même du médecin traitant. Combien d'enfants privés de la vue à la suite d'ophtalmies purulentes mal soignées, combien de sujets aveugles par des glaucomes pris pour des iritis et abreuvés d'atropine ! Il faut avoir le courage d'insister sur cette situation à laquelle remédieraient un stage obligatoire pour les étudiants dans un service d'ophtalmologie, une instruction pratique à eux donnée et des interrogations aux examens sur les matières qui nous occupent. On embrasse aussi trop aisément la spécialité ophtalmologique, tous les oculistes ne sont pas dignes de ce nom ; n'y aurait-il pas quelques mesures de garantie à prendre qui permettent l'affirmation de la compétence.

On a pu voir, par nos statistiques, que partout où les malades trouvent des soins médicaux à leur portée, la cécité tend à diminuer, il est aisé de conclure de cette constatation qu'un des meilleurs moyens de prévention consiste dans la multiplication des hôpitaux ophtalmologiques. Dans toutes les grandes villes devraient exister une ou plusieurs cliniques ophtalmologiques recevant les malades de la ville et des départements limitrophes. Ces cliniques seraient aidées, à la ville par des dispensaires de quartier évitant aux malades de longues courses et ouvrant aux heures commodes pour les travailleurs, à la campagne par des consultations données dans les principaux chefs-lieux, dans les petites villes par un service spécial annexé aux hôpitaux existants. Ainsi serait créé un vaste réseau d'assistance qui donnerait de rapides secours aux malades et permettrait aux ophtalmologistes éloignés des grands centres une pratique suffisante pour entretenir et améliorer leur instruction au plus grand bénéfice des patients.

Ma tâche est terminée. J'ai essayé de n'enregistrer que des faits bien établis et d'éviter les lieux communs. Je n'ai pas voulu écrire un traité d'hygiène ou de pathologie oculaires, souhaitant ce rapport aussi simple que possible, sans avoir eu la prétention de donner une œuvre définitive ; c'eût été le travail de plusieurs années, travail que je désirerais voir entreprendre sous les auspices de notre Société, par un auteur à qui serait accordé un délai suffisant et fournis d'actifs moyens d'action.

Cette grande étude de la cécité n'est-elle pas digne de passionner les chercheurs, surtout qu'il est aisé d'entrevoir des solutions satisfaisantes. Ne voyons-nous pas, sous l'influence des progrès de la science, s'atténuer ou disparaître des affections autrefois redoutables, telles que la conjonctivite granuleuse, l'ophtalmie sympathique. Grâce à une prophylaxie bien comprise, la France ne compterait plus bientôt qu'un petit nombre d'aveugles, et ce serait pour elle, parmi les nations, un beau titre de gloire.

Il faut remercier vivement le Professeur Truc qui a soulevé cette question et ne la laissera pas oublier. Il a compris combien s'élevait le rôle du médecin soucieux de prévenir les maux plutôt que de les guérir et a dû songer au relief qu'acquérerait notre Compagnie en prenant part active à la lutte contre la cécité pour le plus grand bien de l'Humanité

DES AVEUGLES EN FRANCE

Par le Dr H. TRUC (de Montpellier).

La question des aveugles est aujourd'hui considérable ; même limitée à notre seul pays, elle paraît fort étendue, car la France est le berceau de l'assistance, possède de nombreux établissements spéciaux et constitue un milieu toujours actif en faveur des malheureux privés de la vue par la maladie ou les accidents du travail.

Nous ne saurions donc ici la traiter complètement ni mettre en œuvre tous les documents ; il nous suffira d'en donner une large idée d'ensemble, d'esquisser les conditions d'assistance générale des aveugles et de bien indiquer les moyens pratiques de leur assistance par les oculistes (1).

La première partie de ce rapport traitera de la constitution, de l'éducation et de l'instruction des aveugles ; la seconde, de leur assistance générale ; la troisième partie, de leur assistance oculistique. Une liste complète des établissements spéciaux terminera notre travail.

Il s'agit, en l'espèce d'un premier essai exigeant une certaine expérience et de nombreux renseignements (2). Malgré

(1) Nous sommes heureux de remercier M. de la Sizeranne, secrétaire général de l'Association Valentin Haüy ; M. Pephau, directeur de l'Hospice national des Quinze-Vingts et fondateur de l'école Braille ; M. Guilbeau, professeur d'histoire à l'Institution nationale des jeunes aveugles ; M. le Dr E. Javal, de l'Académie de Médecine et M. le Dr Meyer. Ils nous ont prodigué les plus obligeants conseils, de précieux renseignements ; nous leur devons le meilleur de notre travail.

(2) Pour faciliter l'étude des aveugles nous croyons devoir donner quelques indications bibliographiques, mais seulement, vu leur nombre déjà considérable, les plus générales et les plus importantes. Les ouvrages de Dufau, de La Sizeranne, les comptes-rendus des congrès internationaux, et les quelques volumes du journal de Valentin Haüy, sont, en langue fran-

la meilleure volonté, nous avons souvent été en défaut et nous avons grand besoin d'indulgence. Nous espérons toutefois que notre étude sera l'occasion d'une discussion féconde

çaise, particulièrement instructifs. On peut y ajouter, au point de vue psychologique deux romans très documentés, de Dufau et de Descaves.

Valentin Hauy, *Précis historique de l'institution des enfants aveugles*, in-4°. Paris, 1786.

Guillié, *Essai sur l'instruction des aveugles ou exposé analytique des procédés employés pour les instruire*, in-8°. Paris, 1817.

Niboyet (Mme Eugénie), *Des aveugles et de leur éducation*, in-12. Paris, 1837.

Guadet, *L'Institut des jeunes aveugles de Paris, son histoire*, in-8°. Paris, 1849.

P. A. Dufau, *Des aveugles. Considérations sur leur état physique, moral et intellectuel avec un exposé complet des moyens propres à améliorer leur sort à l'aide de l'instruction et du travail*, in-8°. Paris, 1850. Ouvrage couronné par l'Académie française, le plus complet et le plus remarquable de l'époque.

A. Rodenbach, *Les aveugles et les sourds-muets. Histoire, instruction, éducation, biographie*, in-12. Tournai, 1855, 2e édition.

Armitage, *The education and employment of the blind. What it has been, is, and ought to be*, 1886.

Barazer (le commandant), *Conseils aux personnes qui perdent la vue*, in-8°. Paris, 1887.

Guilbeau, *Histoire de l'aveugle*. Paris, 1888.

Sizeranne (Maurice de La), *Les aveugles par un aveugle*, in-8°. Paris, 1889. Ouvrage couronné par l'Académie française, très littéraire et très suggestif.

Dix ans d'étude et de propagande en faveur des aveugles, in-8°. Paris, 1890.

Idem, nouvelle série. in-8°. Paris, 1898, et surtout l'assistance des aveugles en France.

Les aveugles utiles. Ouvriers, accordeurs, professeurs, organistes.

Impressions et souvenirs d'aveugles, 1900.

Alexander Mell, *Encyklopædisches Handbuch des Blindenwesens*. Bd. 2, in-8°. Wien und Leipzig, 1900.

Rapports sur la Société des ateliers d'aveugles de Paris, depuis 1882.

Rapports sur la Société marseillaise des ateliers d'aveugles, depuis 1883.

Comptes-rendus des Congrès de Paris (1878-1889-1900), *de Londres* (1890), *de Lausanne* (1894), etc.

Comptes-rendus de l'association Valentin Haüy, depuis 1890.

Institution nationale des jeunes aveugles.

Monographie de l'Ecole Braille (Péphau), in-4°, 1899.

Monographie de la Clinique nationale des Quinze-Vingts (Pephau), in-8°. 1901.

L. Valentin Hauy, *Revue universelle des questions relatives aux aveugles* Paris, depuis 1882 et surtout Guilbeau, Des aveugles en France, 1887, p. 8.

P. A. Dufau, *Souvenirs et impressions d'une jeune aveugle-née*, Didier et Cie, Paris, 1876.

Lucien Descaves, *Les Emmurés*. Paris, Tresse et Stock. 1895.

et fera définitivement entrer l'assistance des aveugles dans la science et la pratique ophtalmologiques de notre pays.

I. — Constitution, éducation et instruction des aveugles.

L'aveugle, comme le clairvoyant, conserve toujours son individualité ; mais la cécité, surtout quand elle est précoce et d'origine interne, lui donne certains caractères génériques intéressant sa constitution, son instruction et son éducation au point de vue physique, moral et intellectuel.

Constitution.

1° **Physique.** — Enfant, l'aveugle reste volontiers assis, accroupi ou couché sur le sol ; souvent débile, il se déplace à tâtons ou se heurte aux obstacles ; ses yeux sont indifférents, il ne saute guère et ne court jamais.

Adolescent ou adulte, l'aveugle est hésitant dans sa tenue ou sa démarche ; sa physionomie paraît sérieuse, presque morne ; le geste est sobre, le sourire ordinairement absent ou artificiel, la tenue défectueuse.

Le lymphatisme, le rachitisme, la tuberculose et les troubles cérébraux, producteurs de la cécité, sont assez fréquents.

L'anosmie, la surdité, la faiblesse intellectuelle se rencontrent quelquefois. Je garde le pénible souvenir d'une enfant de 15 ans, à la fois aveugle, sourde, muette, bossue et subparaplégique. La misère sociale s'ajoute trop souvent à la misère physiologique et peut entraîner de graves désordres nutritifs ou morbides. Il est soumis enfin à toutes les misères des clairvoyants sans en excepter les hallucinations visuelles, le vertige et le mal de mer.

Malgré ces fâcheuses conditions générales et à cause de son existence soutenue, calme et ordonnée, l'aveugle parvient fréquemment à une vieillesse avancée.

2° **Morale.** — La constitution morale des aveugles ne vaut ni plus ni moins que celle des clairvoyants ; elle se manifeste diversement. Leur sensibilité, moins excitée par les phénomènes visuels, se traduit rarement par des larmes, mais leur sympathie ou leur antipathie sont provoquées par les sensa-

tions olfactives et surtout auditives. L'amour familial et l'amour sexuel paraissent normaux. La chasteté et la pudeur seraient même très développées. Leur prétendue ingratitude paraît plutôt de la réserve. L'honnêteté et la probité sont de règle. On ne cite guère qu'un grand criminel, Béranger, dit l'Aveugle du Bonheur, exécuté en 1805. L'ordre et la méthode constituent pour eux une réelle habitude, comme la ténacité, la patience et l'application deviennent un véritable besoin. Ils semblent généralement résignés à leur malheureux sort; on ne connaît qu'un ou deux cas de suicide. L'amour-propre serait même excessif et ils n'aiment pas qu'on les plaigne, en quoi ils ont d'ailleurs pleinement raison, car la pitié verbeuse est aussi humiliante que stérile.

3° **Intellectuelle.** — La cécité supprime les sensations et partant les idées visuelles, mais elle évite beaucoup de distractions; aussi l'aveugle est-il capable d'une attention soutenue, de fortes abstractions. Il gagne en profondeur ce qu'il perd en surface. Il développe l'éducation de tous les sens, en particulier le toucher qui le met en contact avec la nature et l'ouïe qui lui permet les relations avec ses semblables Les rêves eux-mêmes ne donnent que des sensations tactiles, auditives, gustatives. Les expressions propres de l'aveugle ne sont jamais visuelles et son vocabulaire original paraît très restreint. Aussi la poésie aveugle est-elle peu féconde, par défaut d'images visuelles personnelles. La musique, par contre, surtout la musique sacrée, est spécialement à leur portée, encore que les grandes compositions harmoniques soient, parmi eux, réellement exceptionnelles.

En somme, au point de vue moral et intellectuel, si la constitution de l'aveugle est amoindrie par la perte de la vue, elle est relevée par l'action compensatrice des autres sens et surtout de l'ouïe et du toucher; sa constitution physique seule le différencie véritablement du clairvoyant et lui impose une éducation particulière.

Education.

L'éducation de l'aveugle doit être celle du clairvoyant avec les modalités inhérentes à sa constitution morale, intellectuelle et physique spéciales.

1° **Physique**. — L'éducation physique sera générale mais surtout sensorielle, respiratoire et musculaire. Les exercices sensoriels utiles aux clairvoyants sont indispensables dans la cécité. Le goût, l'odorat feront, en effet, reconnaître les aliments, l'odorat même facilitera la connaissance des choses et des gens ; la mémoire des saveurs et des odeurs est susceptible d'un réel perfectionnement.

L'ouïe et le toucher seront l'objet de soins incessants. Le toucher représente en effet la vision de près et l'ouïe la vision à distance. L'Indien, à l'oreille subtile, entend le moindre bruit de la nature ; le chef d'orchestre, dans une symphonie, suit aisément les divers instruments ; l'aveugle distinguera tous les sons extérieurs et sa mémoire exercée les rapportera à leurs véritables causes. C'est ainsi qu'il reconnaît les personnes, leur âge, leur sexe, les êtres et les choses qui l'entourent. Au point de vue tactile, l'aveugle éduquera ses doigts évidemment, mais aussi ses pieds, sa peau, sa langue même et meublera sa mémoire des moindres détails des gens et des lieux. Dans les conditions familières, l'orientation de l'aveugle est fournie par le toucher, l'ouïe et l'odorat presque aussi sûrement que par la vision

L'hydrothérapie, la gymnastique, la marche, la course, le saut, la danse même développeront le système musculaire ; bien réglés, ils seront favorables à la nutrition générale et à une bonne tenue.

Les exercices respiratoires méthodiques, la lecture à haute voix, le chant, les instruments à vent, la course favoriseront le développement thoracique, le bon fonctionnement cardiaque et pulmonaire.

On peut obtenir par l'éducation physique des résultats excellents chez l'aveugle, comme chez le clairvoyant ; mais au point de vue sensoriel, c'est pour l'aveugle un besoin impérieux.

2° **Morale**. — L'éducation morale doit être précoce et continue ; il importe surtout d'inculquer de bonne heure à l'aveugle les notions de propreté et de tenue, de langage, de respect de soi-même, par le précepte et par l'exemple. Le contact des clairvoyants, à cet égard, peut être avantageux comme pour le développement des idées de sympathie, de solidarité

et d'assistance; il est surtout favorable à l'école et dans la famille. On devra particulièrement insister sur la prévoyance personnelle, l'effort individuel et la nécessité du travail en opposant fréquemment la dégradation et la misère de l'aveugle mendiant à la dignité et à la satisfaction de l'aveugle travailleur.

3° **Intellectuelle.** — Il faut exercer toutes les facultés de l'aveugle, surtout le jugement, les mémoires diverses et le sens musical. Mais il convient d'agir suivant les dispositions et les capacités iudividuelles. Au point de vue scolaire, l'enseignement primaire convient à tous, l'enseignement primaire supérieur à un tiers environ, l'enseignement secondaire à quelques-uns seulement. Au point de vue professionnel, un tiers aussi embrassera les carrières libérales, un autre tiers exercera divers métiers ; le reste végétera péniblement dans les asiles ou les hospices.

L'éducation, comme l'instruction dont nous parlerons dans l'assistance, sera d'autant plus féconde qu'elle s'exercera plus tôt, d'une façon soutenue et dans un milieu plus favorable. D'une manière générale et vu l'indigence habituelle des aveugles, l'école vaut autant que la famille et pourra être recommandée dès l'âge de trois ou quatre ans, dans les écoles spéciales ou dans les écoles ordinaires.

Instruction.

L'instruction de l'aveugle est obligatoire de par l'article 4 de la loi scolaire du 28 mars 1882 ; mais en outre de son utilité générale, elle doit viser, comme l'éducation, au relèvement moral et social de l'aveugle.

L'instruction sera toujours en rapport avec la constitution physique et les besoins éventuels de l'aveugle, au point de vue intellectuel, musical et professionnel.

L'instruction générale comporte, pour tous les sujets normaux, la lecture, l'écriture et le calcul ; un peu d'histoire et de géographie, des leçons de choses, etc. ; pour les plus intelligents ou les plus laborieux, des notions de mathématiques, de littérature, de sciences naturelles ; pour l'élite, exceptionnellement, la préparation des brevets ou des diplômes.

L'instruction musicale peut être donnée, comme agré-

ment, à tous ceux qui paraissent susceptibles d'en profiter, mais il faut la réserver d'ordinaire aux sujets bien doués, capables d'en vivre, d'ailleurs assez nombreux.

Le chant, comme exercice phonateur, respiratoire ou comme exercice auditif semble généralement recommandable dans toutes les conditions.

L'instruction professionnelle doit être adaptée aux dispositions, aux capacités et aux ressources individuelles. On ne saurait oublier que si le professorat et la musique donnent de grandes satisfactions matérielles, ils conviennent seulement aux sujets distingués ou relativement fortunés.

La plupart des aveugles étant indigents, ont besoin de gagner leur vie par un métier facile et doivent s'y adonner entièrement. Il faut donc songer de bonne heure à une profession, surtout à un métier pratique. Les certificats et les diplômes font souvent défaut, dans la vie ; les métiers, jamais.

Les résultats généraux obtenus par l'instruction et l'éducation des aveugles sont assez satisfaisants. L'instruction relève le niveau de l'aveugle et le rattache à la société ; l'éducation professionnelle lui donne le moyen de vivre dignement par le travail et l'éloigne de la mendicité ; enfin la musique, les études spéciales donnent à quelques-uns de hautes satisfactions morales ou intellectuelles.

Pour cent élèves sortis de l'institution de Montpellier, un premier tiers exerce honorablement des professions libérales comme professeurs ou organistes ; un second tiers pratique fructueusement divers métiers ; un dernier tiers seulement subit la charité ou l'hospitalisation.

L'école professionnelle d'aveugles de la rue Jacquier, de 1884 à 1889, a établi, soit à Paris soit en province, plus de 150 brossiers. Dans la seule année 1899, environ 50 de ces derniers, travaillant séparément à leur compte personnel, ont vendu pour 165.586 fr. de produits ouvrés.

Les instituteurs, les professeurs de piano, les organistes, les accordeurs sont très nombreux, près de six cents actuellement. Les métiers les plus inattendus (voyages de commerce, dactylographie) ont pu être exercés. Et je ne parle pas des illustrations dans les divers pays, dans toutes les directions libérales ou professionnelles, musiciens, poètes, dra-

maturges, professeurs, prêtres, pasteurs, mathématiciens, députés, sénateurs, ministres, souverains mêmes, qui, malgré la cécité, ont été l'honneur de leur corporation. De nos jours, grâce aux facilités spéciales, les sujets distingués sont toujours plus nombreux ; on ne compte plus ceux qui subissent leurs examens classiques et qui possèdent le brevet simple, le brevet supérieur, le baccalauréat ; il y a des licenciés ; un jeune aveugle, l'année dernière a été reçu à l'école normale supérieure et un autre vient d'être nommé agrégé de philosophie.

II. — Assistance.

L'assistance des aveugles est aujourd'hui entrée dans les mœurs, mais il n'en fut pas toujours ainsi. Les anciens ne s'en occupaient guère. S'ils témoignaient quelque vénération pour les adultes privés accidentellement de la vue, ils laissaient hors de la société les malheureux aveugles-nés ; bien plus ils en abusaient parfois cruellement et ne craignaient pas, en des costumes ridicules ou des luttes grotesques, de les livrer aux amusements barbares de la foule. La charité chrétienne en eut cependant pitié ; dès le IV[e] siècle en Orient et le VII[e] en Occident, on vit se fonder quelques établissements de secours. A l'époque de la féodalité, les aveugles formaient des corporations. Il en existait sept au moyen âge : Paris, Chartres (les six-vingts), Angers, Caen, Orléans, Châlons-sur-Marne, Bayeux. En 1260, saint Louis octroya des statuts et privilèges aux Trois-Cents qui devaient constituer les Quinze-Vingts ; il ne s'agit donc pas, comme on le croit, de chevaliers ayant perdu la vue durant les croisades, mais bien de simples malheureux, hommes ou femmes, qui avaient associé leurs misères. Dans la suite, les aveugles essayèrent de sortir de l'isolement auquel leur infirmité semblait les condamner Quelques-uns, de leurs propres ressources, purent acquérir des connaissances élevées. Ils s'instruisaient par des moyens variés, avec des lettres en creux ou en relief, des fiches, etc. ; on citerait bon nombre d'aveugles illustres dans les lettres, les sciences et les arts ; mais les méthodes générales d'instruction manquaient. Il faut arriver au XVIII[e] siècle pour voir le sentiment public se porter vers

les déshérités de tout ordre. A cette époque, Diderot écrit sa fameuse lettre sur l'aveugle de Puiseaux, l'abbé de l'Epée s'occupe des sourds-muets, Pinel soigne les aliénés et Valentin Haüy instruit les aveugles. Valentin Haüy vit un jour, dans une exhibition foraine, des aveugles mendiants, ridiculement affublés de lunettes devant de grossiers pupitres et se livrant, à la grande joie du public, à une étrange cacophonie ; il en fut cruellement indigné et résolut de se vouer au relèvement intellectuel et moral des malheureux privés de la vue. Ses premiers essais portèrent sur un enfant intelligent, Lesueur, qui tendait la main à la porte d'une église (1784) et, avec de modestes ressources, il lui apprit à lire et à écrire. L'année suivante, une école spéciale fut fondée rue Coquillière, pour les aveugles ; elle devait servir de modèle à toutes les institutions futures, mais fut bouleversée par la Révolution malgré l'appui successif de la Constituante, de la Législative et de la Convention. Valentin Haüy dut même s'exiler et aller fonder de nouvelles écoles à Saint-Pétersbourg en 1806, et à Berlin, en 1808. Il revint mourir en France, chez son frère, en 1822.

L'œuvre d'assistance s'est depuis lors développée, ses méthodes ou procédés d'enseignement se sont graduellement perfectionnés. En 1819, le capitaine d'artillerie Barbier inventait la cryptographie par points qui devait conduire au merveilleux alphabet de Braille (1829) et mettre aux mains des aveugles un puissant outil de perfectionnement ; la stylographie (de Beaufort), les machines à écrire simples ou diplographiques, les cartes géographiques en relief (Laas d'Aguen), mirent même à leur portée l'instruction la plus complète. Les écoles professionnelles, et les sociétés d'assistance ont, parallèlement, tiré beaucoup de malheureux privés de la vue de la mendicité obligatoire ; des journaux, une bibliothèque circulante ont été spécialement créés ; enfin l'Association Valentin Haüy (1889), sous l'infatigable impulsion de M. Maurice de la Sizeranne, un apôtre doublé d'un écrivain et d'un organisateur, a su embrasser toutes les questions qui intéressent la cécité et s'efforce par tous les moyens charitables, par les livres, les journaux, de relever au point de vue physique, moral et intellectuel, les malheureux aveugles de notre pays.

L'assistance des aveugles, à notre époque, s'est donc considérablement étendue ; elle a pris, dans le monde entier, dans les divers pays d'Europe et aux Etats-Unis, en particulier, un développement merveilleux ; mais la France a conservé sa place d'honneur. Non seulement notre Valentin Haüy a été l'instigateur de l'assistance et s'est trouvé le créateur des institutions de Paris, de St-Pétersbourg et presque de Berlin, mais encore son Institution nationale actuelle reste le modèle universel des établissements spéciaux et a été, comme le remarque M. Guilbeau, le foyer de tous les progrès importants de l'instruction technique : en outre de Braille, Laas d'Aguen et De Beaufort déjà cités, Galliod et Gauthier ont développé l'enseignement musical, Montal et Moulin inauguré l'accordage des pianos, Ballue amélioré l'outillage.

Trente-deux écoles de tous ordres, douze ateliers, près de vingt hospices ou sections d'hospice ; un millier d'aveugles dans les écoles, un millier dans les ateliers ou libres, un millier dans les hospices, un millier chez les Petites Sœurs des Pauvres, deux mille cinq cents pensionnés par les Quinze-Vingts, trois mille cinq cents patronnés par l'Association Valentin-Haüy ; un musée spécial, une bibliothèque circulante en Braille, trois journaux spéciaux en noirs ou en points : tel est le bilan actuel de l'assistance française pour les aveugles. On doit toujours, pour les déshérités, espérer plus et mieux ; mais on ne peut qu'applaudir pour notre pays, aux efforts tentés et aux résultats obtenus.

L'assistance des aveugles est une question économique autant qu'humanitaire. La plupart des aveugles sont indigents ou pauvres ; abandonnés, ils tombent dans la mendicité et constituent une lourde charge sociale puisqu'ils dépensent beaucoup et ne produisent rien ; assistés convenablement, ils dépensent peu et produisent toujours. D'après le recensement de 1883, il y a en France et en Algérie environ 40.000 aveugles, 1 par 1.000 habitants. Un dixième environ sont des enfants ; un dixième des vieillards ; et huit dixièmes des adultes ; il y a un tiers de femmes et deux tiers d'hommes.

L'assistance spéciale doit être continue de la naissance jusqu'à la mort, car, quelles que soient ses conditions indi-

viduelles, l'aveugle, de par la cécité, reste toujours mineur.

L'assistance devra donc comprendre, dans les deux sexes, des écoles pour l'enfant, des ateliers pour l'adulte, des asiles ou hospices pour les vieillards, des pensions pour quelques-uns, des patronages pour tous.

Nous examinerons successivement ces divers éléments.

Ecoles.

La population scolaire ne peut être très considérable.

Sur les 40.990 aveugles du recensement de 1883, on en compte 3.992 au-dessous de 21 ans. Si l'on défalque les enfants au-dessous de 5 ans, ceux au-dessus de 15 ans, les arriérés, les malades et enfin ceux qu'un attachement mal entendu retient misérablement dans les familles, il reste de 1.500 à 2.000 aveugles au maximum pour l'école, d'après M. de la Sizeranne ; on en compte environ 950, un peu plus de garçons que de filles. Beaucoup sont ainsi oubliés ou abandonnés ; il y a donc lieu d'informer les intéressés de la possibilité et des avantages de l'instruction comme de pousser les municipalités et les conseils généraux à accueillir toujours favorablement les demandes de bourses scolaires.

Les écoles sont aujourd'hui assez nombreuses : 32 environ. Toutes ne sont pas prospères, ni bien aménagées, ni convenablement dirigées ; mais la plupart sont suffisamment outillées et donnent des résultats convenables. Il serait d'ailleurs facile de les améliorer ou de les développer et cela vaudrait mieux que de les multiplier. La Corse, l'Algérie, la Tunisie, la Cochinchine, Madagascar et le Tonkin devraient cependant en être pourvus.

La première en date fut créée par Valentin Haüy en 1784 et reste encore représentée par l'Institution nationale actuelle. Viennent ensuite, à Paris : l'école Braille du département de la Seine (1883), les Sœurs-aveugles de St-Paul (1852), les Frères de St-Jean de Dieu (1875) et les externats municipaux de la rue de Poissy et des Petits-Hôtels.

En province, il existe des écoles pour les garçons à Bordeaux, Lille, Nantes, Poitiers, St-Médard-les-Soissons ; des écoles pour les filles à Alençon, Auray, Bordeaux, Deols, Laon, Larnay, Lille, Lyon-Vaise ; des écoles mixtes à Amiens,

Angers, Arras, Clermont-Ferrand, Dijon, Limoges, Lyon-Villeurbanne, Marseille, Montpellier, Moulins, Nancy, Nice, Toulouse.

Voici d'ailleurs le tableau des écoles existant en 1891 avec le nombre des places disponibles et des élèves admis. Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres plus complets et plus récents, mais ils paraissent encore significatifs.

Ecoles d'aveugles en 1891.

Villes	Places disponibles		Total	Places occupées		Total
	Garçons	Filles		Garçons	Filles	
Alençon	5	5	10	5	»	5
Angers	60	40	100	24	6	30
Arras	30	26	56	27	19	46
Bordeaux	30	»	30	14	»	14
Clermont-Ferrand	20	25	45	13	18	31
Laon	»	30	30	»	17	17
Larnay près Poitiers	»	36	36	»	36	36
Lille	»	29	29	»	18	18
Lille-Ronchin	43	»	43	33	»	33
Limoges	15	2	17	15	2	17
Lyon-Vaise	»	40	40	»	23	23
Lyon-Villeurbanne	15	25	40	5	3	8
Marseille	25	40	65	24	34	58
Montpellier	25	25	50	13	16	29
Nancy	50	50	100	39	31	70
Paris. Ecole Braille	75	75	150	50	53	103
— Sœurs aveugles de St-Paul	»	135	135	»	85	85
— Frères St-Jean de Dieu	50	»	50	»	38	38
— Institution Nationale	»	»	»	156	80	236
St-Médard-les-Soissons	45	»	45	9	»	9
Toulouse	40	32	72	37	22	59

L'Ecole, au point de vue général ou professionnel, comporte quatre degrés : premier degré, école enfantine ou maternelle ; deuxième degré ou enseignement primaire aboutissant au certificat d'études pour quelques-unes ; troisième degré ou enseignement primaire supérieur correspondant aux brevets ; le quatrième degré ou enseignement secondaire et supérieur conduisant jusqu'au baccalauréat, aux licences ou agrégations n'est pas institué (1).

(1) L'alphabet Braille, avec caractères de 1 à 6 points correspondant aux lettres, chiffres, notes musicales ou signes sténographiques de toutes les lan-

La *classe enfantine* convient à l'aveugle de 3 à 7 ans. Elle est précieuse pour lui, car elle le soustrait à une sollicitude familiale parfois excessive et même fâcheuse. Elle habitue l'enfant aux réalités de la vie. Elle développe, en un mot, avec des risques minimes, son adresse et son initiative. Faut-il choisir l'école commune ou l'école spéciale? La question est très délicate et fort discutée. L'école spéciale ne paraît préférable que pour les enfants vigoureux et dans les grands centres; dans toute autre condition, ce qui est de règle, l'école communale vaudra mieux.

L'enseignement primaire convient à tous les jeunes aveugles de 7 à 15 ans. Il comportera la lecture, l'écriture, un peu de calcul, de géographie et d'histoire, quelques notions de morale et correspond au certificat d'études. Au point de vue professionnel, la musique et un métier quelconque, sous forme de distraction, seront certainement utiles. Cet enseignement paraît suffisant pour les sujets ordinaires, c'est-à-dire, d'après nos observations, à la généralité des aveugles.

L'enseignement primaire supérieur de 15 à 18 ans, comporte des études plus élevées et répond aux brevets. Il implique des études musicales assez étendues mais n'exclut pas un métier lucratif. Quelques sujets intelligents, ayant de véritables dispositions pour l'enseignement ou des ressources matérielles suffisantes, y trouveront plus tard agrément ou profit.

Quant à *l'enseignement secondaire ou supérieur*, après 18 ans, conduisant aux baccalauréats, aux licences et à l'agrégation, il n'est pas organisé et sera réservé exceptionnellement à quelques aveugles d'élite.

Il importe en tout cas, dès la période scolaire, de n'aiguiller que les plus intelligents et les plus laborieux vers la musique et le professorat qui sont d'accès difficile et d'avenir incertain et de pousser tous les autres vers les métiers divers, accord des pianos, chaiserie, vannerie, brosserie, qui leur permettent de vivre honorablement.

Cette division est applicable aux filles comme aux garçons;

gues, paraît universellement adopté. Quoique toujours susceptible de nouveaux perfectionnements (machines spéciales, réglette Dussaud) il constitue la base de l'enseignement scolaire.

toutefois les proportions capacitaires des filles sont un peu moins favorables et certaines professions artistes ou manuelles paraissent moins à leur portée.

En somme, les écoles communales recevront d'ordinaire les rares enfants aveugles de la localité et les garderont jusque vers 7 ans ; les écoles de province donneront l'enseignement élémentaire ; Paris réunira tous les sujets d'élite, à leur sortie des autres établissements, pour leur donner un enseignement général et musical plus ou moins élevé.

Nous dirons d'ailleurs que tous les établissements d'aveugles ne sauraient être organisés pour l'instruction intégrale. Paris seul, en France, doit posséder l'enseignement complet; les grandes villes comme Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Lille, Montpellier, Nancy, Nantes, Orléans, peuvent se contenter des classes primaires. L'enseignement professionnel existera partout.

Il conviendrait peut-être de répéter que les écoles d'aveugles doivent avoir pour objectif habituel, en outre de l'enseignement intellectuel et musical élémentaire, une profession lucrative plutôt que l'obtention de certificats ou diplômes scolaires. Ceux-ci ne sont vraiment utiles qu'à de rares professeurs et organistes, tandis qu'un métier manuel convient à la généralité des aveugles et leur permet de subvenir à leurs besoins. Encore faudrait-il que l'aveugle pût aller directement à l'atelier en sortant de l'école, ou qu'il ne quittât l'école qu'à l'âge de 20 ans et non, comme aujourd'hui, à 15 ou 16 ans.

Une inspection générale des écoles, faite par un aveugle et un typhlophile compétents, permettrait peut-être de stimuler l'activité de quelques établissements, de compléter leur organisation intérieure et de mieux préparer l'instruction professionnelle spéciale.

Ajoutons enfin que les Ecoles, comme tous les établissements d'aveugles, devraient organiser sérieusement des sociétés de secours, de placement et de patronage à l'instar de l'Institution nationale et remplacer, auprès de leurs anciens élèves, la famille absente, ignorante, impuissante ou pire encore. Le jeune aveugle abandonné tombe dans la misère et la mendicité ; sans patronage ultérieur, l'école ne donne aucun résultat définitif.

Ateliers.

Sur les 40.000 aveugles de 1883, on compte environ 30.000 adultes des deux sexes. Dans ce nombre, on trouve un millier de travailleurs intellectuels et ouvriers. Les autres sont hospitalisés, dans leurs familles, ou... dans la rue.

Pour les adultes capables de travailler, il y a un atelier pour hommes à Paris avec trente ouvriers et un autre pour hommes et femmes à Marseille, avec quarante ouvriers. L'Ecole Braille a créé des ateliers pour ses élèves. Les femmes peuvent travailler dans trois ouvroirs, à Argenteuil, à Saintes et chez les Sœurs aveugles de St-Paul.

Enfin diverses institutions gardent dans des sortes d'ouvroirs quelques anciennes élèves incapables de se suffire directement au dehors.

Un atelier vient d'être créé à Montpellier et plusieurs autres pourraient l'être dans les centres provinciaux ou coloniaux qui en sont dépourvus : Avignon, Bayonne, Brest, Besançon, Caen, Clermont-Ferrand, Lyon, Nancy, Orléans, Rhodez, Valence, Ajaccio, Alger, Constantine, Oran, Hué, Hanoï, Tananarive.

Si, en effet, les écoles sont assez nombreuses pour les enfants, les ateliers sont absolument insuffisants pour les adultes capables de travailler. C'est là une grande lacune à combler et le meilleur moyen d'empêcher les malheureux de vingt à cinquante ans privés accidentellement de la vue de tomber dans la misère et la mendicité.

Les *métiers d'aveugles* sont très importants. Ainsi que M. Bernus le rappelle justement, Valentin Haüy les jugeait indispensables ; car, pour lui, la musique ne pouvait être qu'un agrément et un passe-temps. Plus tard, on revint à la musique comme plus fructueuse pour les sujets distingués, mais sans délaisser les métiers ordinaires pour le commun des aveugles.

Haüy, en 1788, enseignait à ses élèves la corderie, la vannerie, la filature, la reliure, la couture, le tricot, enfin l'imprimerie ; mais tout avait disparu en 1810.

Guillié, vers 1816, reprit avec quelques jeunes aveugles retirés des Quinze-Vingts,la filature, la corderie, la vannerie,

la chaiserie, le filet et le tricot. Le Dr Pignier, en 1821, continua ces métiers, surtout la vannerie, le tissage, le cannage, mais il appliqua les aveugles surtout à la musique et à l'accordage. Dufour, à partir de 1840, ajouta la brosserie, le tour et l'ébénisterie. Guadet enfin,de 1855 à 1871,conserva seulement le tricot, le crochet et le filet pour les filles, le tour, les filets de pêche, le cannage des chaises et la vannerie pour les garçons. En 1878, on établit à l'Institution une classe spéciale pour l'accordage. Dans ces dernières années, on a repris l'imprimerie en points.

On a pratiqué à Clermont le tricot mécanique et le tissage ; à Arras,à Toulouse, la fabrication des balais ; à l'Ecole Braille (1883), le travail des perles et des couronnes ; à Marseille (1882), la vannerie et la sparterie ; à la rue Jacquier, la brosserie, la vannerie et la sparterie ; en 1893,la Société Valentin Haüy a établi rue St-Sauveur, 62, un atelier de sacs en papier pour aveugles incapables de mieux (40 ouvriers dont 27 mariés avec famille) et leur a livré en 1896 plus 120.000 kilos de papier.

Comme on le voit, *les métiers d'aveugles* sont assez nombreux : accordage, brosserie, chaiserie, vannerie, sparterie, filet, crochet, sac à papier, couronnes de perles, etc.

Les perles, le filet, le crochet, conviennent plutôt aux femmes.

Le gain journalier des ouvriers est le suivant, d'après M. Laurent, directeur des ateliers de la rue Jacquier :

Brossiers, moyenne	2 fr. 60
Rempailleurs	1 » 40
Canneurs-rempailleurs	1 » 40
Vanniers	1 » 60
Filetiers	0 » 75
Paillassonniers	1 » 75
Tricoteurs	0 » 25

Avec une légère majoration à la journée ou aux pièces, l'aveugle peut largement suffire à ses besoins personnels, surtout si on lui procure certaines facilités ou économies de vestiaire, de logement et de nourriture.

L'atelier convient également à l'adolescent, qui apprend son métier, à l'adulte, qui le pratique régulièrement, et au vieil-

lard qui veut bien s'y adonner encore, selon ses forces, sa santé et ses goûts. On peut donc distinguer, avec M. de La Sizeranne, trois sortes d'ateliers : atelier-école, atelier-ouvroir, atelier-asile.

L'atelier-école est une école professionnelle organisée pour l'apprentissage manuel, dans un établissement scolaire, dans un atelier-ouvroir, ou bien complètement à part comme l'Ecole Braille, ou enfin un établissement spécial comme celui de la rue Jacquier.

L'atelier-école paraît convenir comme section dans une école ordinaire, surtout en province, pour le premier apprentissage ou pour les sujets médiocres qui ne peuvent prolonger leurs études scolaires. Il est préférable comme section dans un atelier ou comme établissement spécial pour ceux qui ont déjà quitté l'école ou qui ont perdu la vue pendant l'adolescence ou l'âge adulte.

L'atelier-ouvroir est représenté par la chambre de travail de l'ouvrier isolé, mais il correspond surtout à l'atelier commun aux ouvriers exerçant des métiers divers ou les diverses parties d'un même métier. Il implique généralement une installation dans les centres urbains et une organisation plus ou moins complète. Les grands centres permettent seuls de réunir un nombre suffisant d'ouvriers aveugles, de trouver du travail pour tous et surtout d'assurer un écoulement régulier des objets fabriqués.

Par suite de la cécité et de la lenteur du travail qu'elle impose, l'ouvrier aveugle ne gagne pas complètement sa vie et a besoin d'une majoration de main-d'œuvre de 1 franc par jour environ ; et cette majoration, aux pièces ou à la journée, constitue de l'assistance mais non de la charité.

Les appuis administratifs ou sociaux, dans ce sens libéral, font rarement défaut. A Marseille, à Montpellier, il existe des bourses dites de « travail » de 300 à 350 fr., qui constituent une majoration journalière très suffisante.

L'installation devient plus complexe si l'on veut fournir aux ouvriers le logement et la nourriture. Les hommes doivent être autant que possible éloignés des femmes ; car les aveugles de sexe différent se comprennent, se recherchent et ne tardent pas à fonder des ménages qui, outre les chances de cécité hé-

réditaire pour les enfants, ont bientôt de la peine à se suffire. Le régime de l'internat, en principe, est à rejeter. Les aveugles, comme les clairvoyants, présentent parfois entre eux des incompatibilités d'humeur irréductibles qui sont la source de réelles difficultés. Le mieux en l'espèce, comme à Berlin, à Kiel, à Marseille, est de créer ou de favoriser pour les célibataires l'installation de maisons de famille, à proximité de l'atelier, où l'aveugle trouve à bon marché le logement, l'entretien et la nourriture. Chez les femmes, la maison de famille, pour cause de moralité, paraît indispensable. Il est bon cependant de laisser à tous le plus de latitude possible, la liberté de prendre leurs aliments dans une cantine ou de les préparer eux-mêmes et des chambres où, selon leur humeur, ils puissent se grouper ou vivre isolément.

Les aveugles mariés pourront avoir leur logement familial dans les mêmes maisons ; toutefois un logement à part semble préférable.

L'atelier-ouvroir avec liberté complète d'action en dehors du travail convient absolument aux aveugles intelligents, laborieux et bien portants, mais non aux aveugles arriérés, incapables, paresseux, ou maladifs. Si l'on y admettait ces derniers, on finirait par en être encombré, on se résignerait difficilement à certains renvois et on le transformerait fâcheusement en asile.

Quant au travail isolé, en chambre, il n'est pratique que pour les aveugles habiles, à relations nombreuses, dans certains milieux ou jouissant de quelque aisance. Pour les autres, il exige un patronage actif, riche, influent, qui soutienne l'aveugle dans sa pénible carrière. Celui-ci, en effet, doit être installé dans une localité judicieusement choisie ; on lui créera des relations utiles, on lui trouvera du travail, on en placera les produits et on l'aidera dans la maladie ou le chomage. Faute de ce patronage, quelques privilégiés parmi les aveugles peuvent seuls réussir. Les autres, ne trouvant pas à exercer leur profession avec quelque profit, retomberont à la charge de la charité.

L'atelier-asile est plutôt un asile avec atelier, car il correspond à celui des aveugles hospitalisés. Nous allons y revenir en étudiant les hospices. Disons toutefois que les diver-

ses catégories d'ateliers (écoles, ouvroirs, asiles) gagneraient à être reliées entre elles. L'atelier-école préparerait l'apprentissage ; l'atelier-ouvroir recevrait les ouvriers ou demi-ouvriers et l'atelier-asile garderait les aveugles âgés ou invalides qui conservent encore certaines capacités de travail.

Les divers ateliers se compléteraient ainsi utilement, certaines spécialités augmenteraient la valeur de la main-d'œuvre et on pourrait surtout plus aisément assurer l'écoulement des produits fabriqués.

Hospices.

Il n'y a guère en France que 4.000 aveugles incapables de travail. On doit observer toutefois que la cécité précipite en quelque sorte la vieillesse, qu'après 50 ans la cécité accidentelle est incompatible avec un apprentissage quelconque, enfin que beaucoup d'adultes ne songent qu'à se faire hospitaliser ou s'abandonnent à la mendicité. On considère d'ailleurs volontiers les aveugles comme des impotents ou des infirmes et tous les asiles leur sont ouverts.

Il existe une quinzaine d'asiles spéciaux : Amiens, Arras, Chartres, Deols, La Force, Le Mans, Lyon, Marseille, Nancy, Saint-Mandé, l'hôpital Rothschild, Quinze-Vingts, Bicêtre, La Salpêtrière, les Sœurs de St-Paul, Saintes ; une maison pour les filles arriérées vient d'être créée à Chailly-Mazarin par l'Association Valentin Haüy.

On y compte de 1.200 à 1.500 pensionnaires.

La plupart des hospices reçoivent des vieillards aveugles. Enfin les petites Sœurs des Pauvres, dans leurs 115 maisons avec 17.500 vieillards, ont environ 1.100 aveugles.

C'est un total de 2.000 à 2.500 hospitalisés, et une proportion très satisfaisante.

Il y a lieu d'ailleurs d'éloigner de l'asile ou de l'hospice tous les aveugles susceptibles d'entrer à l'école ou à l'atelier.

L'hospice en effet, convient seulement à l'aveugle malade et indigent, lorsque la vieillesse ou les infirmités l'ont mis définitivement hors d'état de travailler et de pourvoir directement à ses besoins. Il est alors, dans l'assistance, le complément de l'école et de l'atelier.

Une première question se pose : faut-il, pour les aveugles,

des asiles spéciaux, des sections spéciales dans les hospices, ou bien la vie commune de l'hospice général ?

Il semble que l'asile type des Quinze-Vingts puisse convenir à Paris ou aux grands centres régionaux à proximité des écoles ou des ateliers. Il pourrait y avoir, dans ces conditions, une organisation matérielle, morale et professionnelle adaptée aux meilleures conditions de l'aveugle ; mais il est à craindre que les contacts permanents ne rendent leur vie hospitalière plus lourde et plus pénible ; peut-être aussi les frais généraux de surveillance et d'assistance individuelle seraient-ils plus considérables. En tout cas les pensionnaires des Quinze-Vingts paraissent heureux et très satisfaits de leur condition.

Des sections d'aveugles dans les hospices permettraient aussi une meilleure organisation matérielle, professionnelle et morale ; mais outre que ces sections ne semblent possibles que dans les grands centres, elles comporteraient la même promiscuité entre aveugles, les mêmes incompatibilités d'humeur et les mêmes dépenses supplémentaires. On peut d'ailleurs craindre que les intéressés ne se considèrent comme sacrifiés par rapport aux clairvoyants et ne souffrent dans leur amour-propre égalitaire.

La vie commune dans un hospice général convient à tous les milieux urbains, cantonaux ou communaux ; elle n'impose, pour quelques aveugles, aucune obligation matérielle, provoque l'aide spontanée et affectueuse de l'entourage et maintient dans un milieu varié le sentiment d'égalité avec les clairvoyants.

Il semble donc que les hospices spéciaux ou les sections spéciales doivent être réservés à Paris, aux grandes villes ou aux centres régionaux et que la vie commune dans l'hospice général convienne aux petits centres urbains, cantonaux ou communaux.

Les trois systèmes, en France, sont d'ailleurs simultanément appliqués.

Il existe, en effet, un certain nombre d'hospices spéciaux pour hommes, des asiles pour femmes, des sections spéciales pour hommes et femmes ; enfin dans tous les hospices généraux, il y a place pour quelques aveugles des deux sexes.

Dans la plupart de ces établissements on ne tient peut-être pas assez compte de l'âge, des capacités individuelles et l'on admet trop aisément des aveugles susceptibles de travailler à l'atelier. Il convient cependant d'ajouter que le plus souvent, comme à Bicêtre et ailleurs, on voit des aveugles faire du filet, des chevilles de bois pour les abattoirs et divers autres objets que des entrepreneurs se chargent régulièrement d'écouler. D'une façon générale, il convient de refuser à l'atelier les impotents ou les incapables et il faut éloigner de l'hospice, les adultes valides ou les y astreindre au travail quotidien.

Ajoutons qu'on pourrait aisément ouvrir aux aveugles riches ou aisés les *maisons de retraite* qui leur conviennent, car on les en exclut sans motif plausible. Ils n'ont, en effet, aucuns besoins excessifs et, d'ordinaire, sont capables de se soumettre à toutes les règles de vie intérieure qui conviennent aux clairvoyants.

Pensions viagères.

Ces pensions sont fournies par l'hospice national des Quinze-Vingts à 2.800 aveugles dont 300 internes et 2.500 externes des deux sexes.

Les pensionnaires internes reçoivent un logement, 1 fr. 60 par jour et 625 grammes de pain et ont droit aux soins médicaux et aux médicaments ; leurs conjoints touchent en outre 0 fr. 40, les hommes seulement après 60 ans, et les enfants 0 fr. 25 au-dessous de 14 ans.

Pour être admis à l'hospice comme interne, il faut être âgé au moins de 40 ans et avoir fait partie successivement des trois classes d'externes ; dans la pratique toutefois et s'il existe des vacances supérieures aux demandes, on peut admettre directement à l'internat des pensionnaires de deuxième et même troisième classe d'externe ; le conjoint et les enfants d'un aveugle interne peuvent demeurer avec lui dans l'hospice. Toutefois, les garçons doivent en sortir à l'âge de 15 ans et les filles à l'âge de 21 ans.

Le candidat doit produire un certificat du maire de sa commune indiquant qu'il n'est ni impotent ni infirme, qu'il est assez valide pour vivre seul dans sa chambre et suffire à

tous ses besoins et un certificat médical attestant à nouveau que sa cécité est complète et incurable.

Les pensionnaires externes doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 21 ans au moins, en état d'indigence et affectés de cécité complète et incurable, reconnue par un médecin au choix du préfet ou du sous-préfet, en province, et par un médecin des Quinze-Vingts, à Paris.

Les pensions externes, annuelles et viagères, sont divisées en trois classes : 100 francs, 150 francs, 200 francs ; on ne peut obtenir la seconde ou la troisième classe avant d'avoir fait partie de la précédente pendant un an au moins.

Nous reproduisons, par départements, en y ajoutant le nombre des aveugles en 1883, le tableau des pensions externes des Quinze-Vingts, qui nous a été très obligeamment communiqué par son éminent directeur M. Péphau.

Tableau. — On est surpris de la disproportion qui existe entre le nombre des aveugles et des pensions par département : 1 0/0 pour les Alpes-Maritimes, 4 0/0 pour les Ardennes et 12 0/0 pour la Seine, 20 0/0 pour la Corse, 32 0/0 pour l'Ariège, etc. Cela tient plus, semble-t-il, à la misère générale, aux habitudes quémandeuses des populations qu'aux influences et aux sollicitations régionales.

Les pensions sont données surtout comme assistance charitable. On devrait peut-être moins considérer l'âge des aveugles que leurs charges familiales et leurs mérites individuels. Comme l'indique M. de La Sizeranne, les Quinze-Vingts devraient devenir une maison de retraite pour les aveugles laborieux. Peut-être même pourrait-on, dans ce sens, augmenter encore le nombre des pensions, instituer des classes exceptionnelles à 250 fr. et 300 fr., enfin créer en province deux ou trois hospices régionaux d'aveugles analogues à celui des Quinze-Vingts.

MINISTÈRE
E L'INTÉRIEUR
—
SPICE NATIONAL
DES
UINZE-VINGTS

ÉTAT par Département des Aveugles recevant de l'Hospice national des Quinze-Vingts une pension viagère.

:PARTEMENTS	PENSIONNÉS VIAGERS EXTERNES à 100 fr.			à 150 fr.			à 200 fr.			TOTAL GÉNÉRAL			AVEUGLES EN 1883
	H.	F.	Total	H.	F.	Total	H.	F.	Total	H.	F.	Total	
n	6	1	7	4	2	6	3	»	3	13	3	16	268
sne	18	4	22	2	1	3	2	»	2	22	5	27	507
lier	4	2	6	2	»	2	»	»	»	6	2	8	192
pes-Basses.	5	»	5	2	2	4	3	»	3	10	2	12	167
pes-Hautes.	6	7	13	3	3	6	»	1	1	9	11	20	177
pes-Marit. .	1	2	3	«	»	»	»	»	»	1	2	3	220
dèche . . .	9	»	9	2	1	3	2	»	2	13	1	14	386
dennes . .	7	»	7	1	»	1	»	1	1	8	1	9	251
iège. . . .	24	30	54	13	13	26	2	2	4	39	45	84	262
be	9	7	16	7	1	8	3	1	4	19	9	28	247
de.	4	3	7	4	»	4	2	»	2	10	3	13	442
eyron. . .	14	3	17	1	1	2	4	2	6	19	6	25	406
ches-du-Rhône	12	2	14	»	»	»	1	»	1	13	2	15	591
vados. . .	12	8	20	2	1	3	»	1	1	14	10	14	652
ntal. . . .	4	»	4	3	»	3	»	1	1	7	1	8	241
rente. . .	4	2	6	»	»	«	»	»	»	4	2	6	333
rente-Inf.	8	1	9	2	1	3	»	»	»	10	2	12	377
er.	6	3	9	»	1	1	1	»	1	7	4	11	163
rèze . . .	12	6	18	2	3	5	6	»	6	20	9	29	224
se	40	44	84	8	19	27	7	2	9	55	65	120	616
e-d'Or . .	18	2	20	8	3	5	3	»	3	23	5	28	337
es-du-Nord	29	43	72	2	11	19	1	4	5	38	58	96	701
use. . . .	7	5	12	5	»	5	»	1	1	12	6	18	198
rdogne . .	6	»	6	2	1	3	1	»	1	9	1	10	302
ubs. . . .	8	5	13	4	2	6	1	1	2	13	8	21	201
me. . . .	17	7	24	4	3	7	4	1	5	25	11	36	242
e.	9	2	11	2	1	3	»	»	»	11	3	14	448
e-et-Loir .	3	1	4	2	»	2	»	»	»	5	1	6	273
istère. . .	10	3	13	2	1	3	»	»	»	12	4	16	746
d.	17	8	25	14	1	15	1	1	2	32	10	42	501
onne (Hte)	11	2	13	4	»	4	»	»	»	15	2	17	540
s.	6	5	11	3	1	4	»	»	»	9	6	15	286
onde . . .	3	4	7	1	1	2	1	»	1	5	5	10	319
ault . . .	7	3	10	2	2	4	2	1	3	11	6	17	683
-et-Vilaine	12	13	25	4	1	5	»	2	2	16	16	32	265
re	4	1	5	1	»	1	1	»	1	6	1	7	203
re-et-Loire	4	2	6	1	»	1	»	»	»	5	2	7	224
e.	16	7	23	5	2	7	1	1	2	22	10	32	424
n.	15	3	18	4	1	5	1	»	1	20	4	24	237
des. . . .	6	7	13	3	3	6	»	1	1	9	11	20	173
-et Cher .	1	1	2	4	1	5	3	1	4	8	3	11	166
e	13	8	21	1	»	1	1	5	6	15	13	28	416
e (Haute).	11	1	12	2	»	2	1	»	1	14	1	15	306
e-Infér. .	12	2	14	3	»	3	»	»	»	15	2	17	401
et	17	4	21	»	2	2	1	»	1	18	6	24	266

DÉPARTEMENTS	PENSIONNÉS VIAGERS EXTERNES à 100 fr. H.	F.	Total	à 150 fr. H.	F.	Total	à 200 fr. H.	F.	Total	TOTAL GÉNÉRAL H.	F.	Total	AVEUGL[ES] EN 18[..]
Lot	28	19	47	10	5	15	»	»	»	38	24	62	26
Lot-et-Garonne	9	2	11	1	»	1	2	»	2	12	2	14	23
Lozère	24	12	36	9	4	13	6	1	7	39	17	56	15
Maine-et-Loire	4	3	7	1	1	2	»	»	»	5	4	9	32
Manche	44	42	86	16	13	29	4	15	19	64	70	134	62
Marne	4	2	6	»	1	1	1	»	1	5	3	8	27
Marne (Hte)	17	7	24	5	2	7	4	3	7	26	12	38	28
Mayenne	8	3	11	»	1	1	1	1	2	9	5	14	21
Meurthe-et-Moselle	8	5	13	2	»	2	6	»	6	16	5	21	35
Meuse	10	6	16	5	1	6	5	»	5	20	7	27	22
Morbihan	13	4	17	2	1	3	1	3	4	16	8	24	50
Nièvre	7	3	10	3	2	5	1	4	5	11	9	20	25
Nord	28	10	38	8	5	13	»	3	3	36	18	54	1.27
Oise	6	2	8	»	2	2	»	»	»	6	4	10	35
Orne	15	9	24	8	3	11	3	1	4	26	13	39	38
Pas-de-Calais	18	10	28	1	4	5	2	2	4	21	16	37	77
Puy-de-Dôme	16	5	21	4	»	4	3	»	3	23	5	28	45
Pyrénées (B.)	21	19	40	3	2	5	1	1	2	25	22	47	31
Pyrénées (H.)	33	23	56	7	2	9	8	3	11	48	28	76	27
Pyrénées-Or.	11	2	13	1	»	1	1	»	1	13	2	15	27
Rhin (Haut)	1	2	3	»	»	»	»	»	«	1	2	3	4
Rhône	20	10	30	2	1	3	3	»	3	25	11	36	38
Saône (Haute)	13	5	18	2	1	3	»	1	1	15	7	22	20
Saône-et-Loire	12	2	14	4	3	7	3	»	3	19	5	24	35
Sarthe	17	13	30	1	1	2	2	1	3	20	15	35	3
Savoie	12	6	18	2	1	3	3	1	4	17	8	25	2
Savoie (Haute)	9	6	15	4	»	4	1	2	3	14	8	22	2
Seine	93	97	190	32	19	51	12	16	28	137	132	269	2.1
Seine-et-Marne	10	2	12	»	1	1	2	2	4	12	5	17	2
Seine-et-Oise	7	9	16	2	»	2	2	»	2	11	9	20	3
Seine-Infér.	11	12	23	2	1	3	2	1	3	15	14	29	5
Sèvres (Deux)	16	14	30	2	1	3	2	»	2	20	15	35	2
Somme	14	1	15	3	1	4	1	»	1	18	2	20	5
Tarn	7	2	9	»	»	»	»	»	»	7	2	9	3
Tarn-et-Garonne	5	»	5	»	»	»	»	»	»	5	»	5	5
Var	5	1	6	2	»	2	»	»	»	7	1	8	3
Vaucluse	14	5	19	4	»	4	»	»	»	18	5	23	2
Vendée	2	3	5	1	»	1	1	1	2	4	4	8	2
Vienne	3	4	7	»	»	»	»	«	»	3	4	7	1
Vienne (Haute)	2	»	2	1	»	1	»	1	1	3	1	4	1
Vosges	23	17	40	10	4	14	1	»	1	34	21	55	3
Yonne	5	4	9	3	4	7	4	»	4	12	8	20	3
Algérie	7	1	8	»	»	»	1	»	1	8	1	9	6.6
Totaux	1.099	668	1.767	304	173	477	148	93	241	1.551	934	2.485	
Pensions vacantes par décès												15	
TOTAL GÉNÉRAL												2.500	

Bourses diverses.

Les établissements d'aveugles exigent d'ordinaire une pension plus ou moins élevée ou des bourses correspondantes. Ecoles, ateliers ou asiles comportent en effet certains frais généraux qui incombent aux intéressés ou à leurs tuteurs. La pension, de 1.200 francs à l'Institution nationale, est de 400 à 500 francs dans les écoles de province. Il existe des bourses d'apprentissage ou de travail à Marseille, Montpellier.

Ces diverses allocations doivent être payées par l'aveugle, la famille, la commune, le département ou l'Etat. D'ordinaire, en raison de l'indigence individuelle ou familiale, ce sont des bourses communales, départementales ou nationales. C'est une juste compensation à la misère de l'aveugle et on ne doit jamais la marchander. Il faudrait toutefois, pour les aveugles méritants, continuer les bourses d'études jusqu'à vingt ans et multiplier les bourses de travail.

Projet d'assistance générale du Dr Labrousse. — Je ne saurais terminer la question d'assistance sans indiquer le projet de loi que le Dr Labrousse, sénateur de la Corrèze, a déposé récemment à la Chambre haute. Il estime que tout aveugle indigent a droit à l'assistance et qu'il faut assurer son entretien à l'âge adulte, soit par une pension viagère s'il est impotent ou âgé, soit par le travail de l'atelier, s'il est encore valide. Notre confrère veut d'abord maintenir les écoles nationales ou régionales pour les enfants et créer en outre des cliniques spéciales pour combattre la cécité.

Le nombre des aveugles incurables est estimé à 13.000 dont [illegible].000 invalides et 2.000 valides ; il demande des pensions viagères de 280 francs pour les premiers et du travail pour les derniers ; en tout, avec des subsides aux cliniques spéciales, 4 millions à supporter annuellement moitié par l'Etat et moitié par les départements.

Il serait ouvert au ministère de l'intérieur (participation de l'Etat aux dépenses des services d'assistance à donner aux aveugles) un crédit de deux millions qui serait réparti annuellement, proportionnellement aux sacrifices consentis par les départements, entre les établissements ci-après :

Hospice national des Quinze-Vingts. . .	1.000.000
Cliniques régionales, installées auprès des Facultés ou Ecoles en plein exercice.	150.000
Ecoles, ateliers régionaux, asiles, hospices à désigner	850.000
	2.000.000

On ne peut qu'applaudir à ce généreux projet, car comme le dit son auteur, dans la classe des malheureux, l'aveugle est un délaissé, presque un oublié, si l'on considère que 5.000 à peine sont soutenus sur plus de 30.000 indigents. On pourrait ainsi faire beaucoup de bien et éloigner de la mendicité dégradante et onéreuse des milliers de malheureux qui s'y adonnent aujourd'hui presque fatalement.

Patronage.

« Le patronage, dit justement M. de La Sizeranne, est la clé de voûte de l'Œuvre des aveugles ; sans lui, l'enseignement intellectuel et professionnel le mieux organisé reste stérile dans bien des cas. » Il paraît indispensable aux aveugles de tout âge et de toute condition. C'est le mode d'assistance le plus efficace, mais aussi le plus difficile. Il est plus commode de donner un secours en argent ou en nature que de suivre un pupille et de lui trouver du travail, de lui donner des conseils, de lui procurer des renseignements utiles. La charité n'exige qu'un bon mouvement tandis que le patronage comporte une grande dépense de temps et des soins spéciaux continus.

Le patronage des aveugles a été de tout temps la préoccupation des typhlophiles. On prétend que Valentin Haüy eut l'idée de l'organiser pour les élèves sortis de son école, mais les troubles de la Révolution l'en auraient empêché.

Sous la direction du Dr Pignier, bon nombre d'anciens élèves furent placés comme organistes dans les paroisses de Paris.

Dufau, en 1841, d'après M. Bernus, créa la Société nationale de Patronage des aveugles de France, qui ne donna guère de résultats en raison de sa trop grande extension même ; puis la Société particulière de l'Institution nationale qui fut réorganisée en 1855, reconnue d'utilité publique en

1866 et peut aujourd'hui, comme société de placement et de secours, servir de modèle aux œuvres analogues.

La Société de placement et de secours a pour but de « s'occuper du sort physique et moral des anciens élèves de l'Institution nationale, d'assurer leur placement et de leur donner dans toutes les conditions et à toutes les époques de la vie une protection et un patronage permanents ». Elle ne met pour condition à son assistance que la bonne conduite et le travail dans la mesure des forces et des moyens de l'aveugle.

La Société d'Assistance, dont le siège est aux Quinze-Vingts et a été créée par M. Péphau, avait inscrit dans son programme et pratiqué quelque temps l'assistance générale. Elle a ainsi fourni quelques bourses d'apprentissage et donné des secours à un certain nombre d'aveugles. Depuis la création de l'Ecole Braille, elle réserve toutes ses ressources aux élèves et aux ouvriers de cet établissement.

La Société des ateliers d'aveugles de la rue Jacquier, celle des ateliers de Marseille patronnent efficacement leurs pupilles. La plupart des Ecoles de province, celle d'Arras en tête, font de même à l'égard de leurs élèves. Ces divers patronages, en somme, sont réservés à des établissements spéciaux ; seule l'Association Valentin Haüy, reprenant et élargissant la grande idée de Dufau, présente un caractère vraiment général. Fondée à Paris par M. de La Sizeranne depuis 1883, autorisée le 28 janvier 1884, reconnue d'utilité publique le 1er décembre 1891, elle a pour but de seconder et d'unir les personnes et les œuvres qui s'occupent des aveugles ; d'étudier, de propager et d'appliquer tout ce qui peut concourir à leur instruction, à leur éducation, à leur patronage et de vulgariser la prophylaxie de la cécité. Des groupes régionaux ont été récemment créés à Lyon, à Montpellier, à Châlons-sur-Marne ; d'autres se constitueront sans doute, car ces groupes ont tous les droits comme tous les devoirs de l'A.V.H., élargissent son action et, tout en conservant leur liberté d'allures, profitent de sa bonne organisation et de sa puissante vitalité.

L'A. V. H., en France, embrasse toute la question de l'assistance et du patronage, sert de trait d'union entre tous les aveugles, toutes leurs œuvres et tous les typhlophiles.

Elle est en continuelle progression, grâce au concours de tous et au dévouement infatigable de son éminent secrétaire général, M. Maurice de La Sizeranne. Un grand nombre de notabilités parmi lesquelles notre confrère le Dr Meyer, font partie du conseil d'administration et ne ménagent ni leur temps, ni leur peine, ni leur bourse. Enfin des membres bienfaiteurs, donateurs, perpétuels et collecteurs alimentent généreusement la caisse de secours, les écoles, les ateliers, les ouvroirs, les asiles, le vestiaire, le musée, la bibliothèque circulante en braille, les recueils périodiques, etc.

Les recettes en 1899 ont été de 156.685 fr. 84 et les dépenses de 108.987 fr. 30. Plus de 8.000 lettres annuelles sont reçues ou écrites dans l'intérêt des aveugles.

Elle s'occupe de 3.570 aveugles dont elle a établi précieusement les dossiers individuels. Dans la seule année 1901, d'après les derniers renseignements statistiques de l'Association, 440 nouveaux aveugles de tous les départements, de tout âge et de toute condition, se sont adressés à elle.

95 Enfants ont été patronnés, sur lesquels 48 ont été placés dans des écoles spéciales.— L'école de Chailly-Mazarin pour les jeunes filles arriérées en a reçu 9.

47 Apprentis (accordeurs, brossiers, canneurs, etc.) ont été admis dans divers ateliers professionnels ou ont reçu des subsides d'apprentissage.

188 Travailleurs, musiciens ou ouvriers, ont été aidés, pourvus de situation ou ont reçu, comme « avances au travail », livres et instruments, outillage, matières premières, secours d'installation ou de chômage.

286 Patronnés exerçant une profession ont bénéficié de 509 permis (permanents) de Chemins de fer leur permettant de ne payer qu'une place pour eux et leur guide.

60 Fabricants de sacs pour halles et marchés ont reçu de l'Association, qui leur a enseigné ce métier facile et pratique, 216.000 kilos de papier leur permettant de l'exercer.

51 Incapables d'un autre travail ont fait chez eux 7.330.000 cornets à tabac.

510 Vieillards ou impotents, dont plusieurs ont pu être ad-

mis dans des asiles, les autres ont reçu aide et secours.

» Pensionnaires adultes sont placés, à la charge de l'Œuvre, dans divers établissements.

51 Mères de famille ont participé à la distribution de travail à domicile : tricot, crochet, couture.

17 Ouvriers ont profité des dépôts créés par l'Association pour l'écoulement de leur travail.

480 Familles ont reçu du vestiaire 2.010 pièces : vêtements, linge, chaussures.

26 Patronnés ont bénéficié des primes versées par la Caisse des loyers.

40 Patronnés ont profité des consultations médicales gratuites.

30 Patronnés ont profité des consultations juridiques gratuites.

30 Adultes aveugles ou menacés de le devenir ont eu recours à l'Association pour apprendre le Braille.

L'Association Valentin Haüy constitue actuellement l'œuvre de patronage par excellence de la France. Détachée de toute préoccupation étrangère à l'assistance des aveugles, acceptée par les pouvoirs publics, les aveugles, les typhlophiles, tous ceux qui s'intéressent aux malheureux, elle occupe dans le monde entier une place des plus flatteuses pour ses fondateurs, ses administrateurs et aussi pour notre pays.

III. — Assistance oculistique.

C'est l'assistance spéciale des aveugles par les oculistes, c'est-à-dire l'assistance professionnelle. Nous pouvons la considérer comme un devoir. Le praticien moderne ne recule plus devant l'incurabilité ; le thérapeute, à l'égard des arriérés, des dégénérés, des vésaniques, des criminels mêmes, se double d'un éducateur ; la cécité, dans le même sens, sollicite l'oculiste. Ne devons-nous pas d'ailleurs notre appui à ceux que notre science imparfaite a laissé devenir complètement incurables ?

Notre rôle paraît d'ailleurs très simple. Nous avons à rechercher les aveugles dans notre sphère professionnelle et à

les aiguiller vers les établissements régionaux. Quand ils viennent à nous, nous devons les initier aux ressources de l'instruction et de l'éducation spéciales, leur faciliter les moyens d'y accéder, les aider moralement et matériellement ; quand ils sortent de l'Ecole, les diriger vers les ateliers ; quand ils sont enfin impotents ou dégénérés, il y a lieu de les faire admettre à l'asile ou à l'hospice. Il nous faut développer l'assistance et le patronage de toutes nos forces. Nous ne continuerons pas moins à soigner nos malades, à les soulager ou à les guérir, mais en outre, nous soutiendrons et nous consolerons ceux que notre science et notre art n'auront pu préserver de la cécité. Notre profession n'en sera que plus honorée, notre rôle social plus complet et, suprême consolation, nous ferons un peu plus de bien.

Ces sentiments sont certainement à tous et beaucoup l'ont prouvé depuis longtemps. Mais pour obtenir d'excellents résultats, il convient d'agir avec ensemble.

En pratique, il faut considérer la cécité au point de vue social, apprécier les conditions individuelles de l'aveugle, connaître les ressources générales, collaborer activement aux patronages spéciaux.

Examinons successivement ces divers points :

1° **Cécité.** — On discute ses limites ; il vaut mieux en établir les degrés en se plaçant au point de vue social ou professionnel. Pour nous, il y a cécité quand la vision, d'une façon réputée incurable, est nulle, simplement quantative, ou *inférieure à 0,1* ; dans ces diverses conditions, la vision est insuffisante pour pratiquer un métier de clairvoyant. L'examen oculaire devra determiner d'abord l'acuité visuelle de chaque œil, l'existence de la cécité et son degré par rapport aux conditions spéciales à certaines professions. Un « point de vue » est en effet très important et facilite considérablement certains travaux comme l'accord des pianos, le placage des brosses, le cannage ou le rempaillage multicolore des chaises, le massage, etc.

2° **Conditions individuelles.** — L'aveugle, quelles que soient ses conditions personnelles, a droit à l'assistance ; mais ses besoins sont variables suivant le sexe, l'âge, l'état social, la position familiale, le milieu régional. Le sexe im-

pose des conditions matérielles, morales et professionnelles spéciales. L'âge est très important pour l'instruction et l'éducation techniques. On ne saurait former trop tôt l'aveugle. L'école maternelle lui convient dès l'âge de trois ou quatre ans et l'école spéciale dès l'âge de six ans ou sept ans. De quinze à vingt ans on peut encore former des aveugles intelligents ; mais pour les autres, il faut généralement se contenter d'une instruction rudimentaire et viser presque exclusivement à l'éducation professionnelle ; au delà de 45 ou 50 ans, les aveugles ne peuvent apprendre que des métiers inférieurs et relèvent surtout de l'asile ou de l'hospice. Il faut se garder d'ouvrir les ateliers à des hommes incapables d'y gagner leur vie et susceptibles de retomber dans la mendicité.

L'état social est à considérer. Et d'abord, en règle générale, il faut abandonner les mendiants d'origine : qui a mendié, mendiera. Et cela se conçoit si l'on observe que la mendicité est plus lucrative et moins pénible que le travail régulier. D'ailleurs on compromettrait par de mauvais exemples la dignité et la moralité des véritables travailleurs. Quand il s'agit de sujets riches ou aisés, on n'a que l'embarras du choix ; mais c'est assez rare, car l'aveugle est peu fortuné ou même indigent. Dans les familles d'artisans, d'ouvriers, de cultivateurs ou après les accidents du travail, il y a quelquefois cependant des ressources appréciables. Quoi qu'il en soit, les dépenses d'instruction, d'apprentissage ou de travail seront supportées par l'intéressé, sa famille, sa commune, son département ou par l'Etat, selon l'état de leurs budgets, sous forme de subventions ou de bourses d'études et de travail. Le typhlophile s'enquerra donc des conditions de chaque aveugle et s'efforcera de trouver pour lui les ressources nécessaires. On doit agir moralement sur lui ou sur sa famille, en leur indiquant les dégoûts de l'oisiveté, de la mendicité, en leur démontrant les avantages du travail, en facilitant toutes les démarches nécessaires.

3° **Ressources régionales**.— Il faut les connaître et savoir en profiter. On s'informera, dans la région, des écoles, ateliers ou asiles d'aveugles, de leur siège, de leur valeur, de leurs conditions ; puis on établira les pièces nécessaires pour

l'admission ; enfin on suscitera un protecteur, des correspondants.

S'agit-il d'un enfant, garçon ou fille, on le fera conduire de bonne heure vers l'école commune ou spéciale, et on dirigera ses études suivant ses ressources ou ses capacités.

S'agit-il d'un adolescent ou d'un adulte, on le fera admettre dans une école ou un atelier professionnel en même temps qu'on lui donnera quelques notions élémentaires de lecture et d'écriture spéciales. S'agit-il enfin d'un vieillard, on facilitera son entrée à l'asile. On recherchera les meilleurs établissements régionaux suivant le but à atteindre au point de vue scolaire et professionnel ; on deviendra le correspondant amical de l'intéressé et de sa famille.

Les pièces nécessaires pour l'admission de l'aveugle à l'école, à l'atelier ou l'asile sont : 1° un certificat médical constatant la cécité ; 2° l'extrait de naissance ; 3° une bourse de travail ou d'apprentissage. Les pièces exigées pour la pension interne des Quinze-Vingts comprennent, en outre, nous le savons, une attestation médicale de validité générale compatible avec la vie intérieure de l'hospice.

4° **Patronage.** — L'oculiste est un typhlophile de profession ; c'est le typhlophile par excellence, pratiquant journellement le patronage et la propagande.

Il doit grouper, pour le patronage des aveugles, des personnes riches, influentes ou actives, appartenant aux divers milieux sociaux ; administrateurs et mandataires publics, industriels, commerçants, artistes, professeurs, médecins, avocats, artisans et ouvriers ; toutes les classes, toutes les églises, doivent collaborer à cette œuvre d'assistance et de solidarité humaines. A côté, ou mieux autour des foyers actifs, il y a place pour toutes les bonnes volontés ; chacun payera de son influence, de sa peine ou de sa bourse. Les hommes s'occuperont surtout de l'assistance matérielle, de l'administration générale, des méthodes d'enseignement ou d'exploitation, de l'éducation professionnelle ou sociale des individus. Les femmes, bien que s'intéressant au bien-être matériel de tous les aveugles, se préoccuperont surtout des enfants, des filles, des femmes, de leur éducation morale, de leur établissement professionnel.

Les uns apporteront leurs capacités administratives ; les autres leurs qualités éducatrices. La raison et le cœur se compléteront toujours heureusement et les aveugles bénéficieront de cette double influence.

Les groupes régionaux, pour être vraiment utiles, devraient posséder des membres nombreux, des groupes locaux dans les principales villes, reliés entre eux et au siège de l'Institution; chaque groupe s'occuperait de l'ensemble des aveugles régionaux, mais plus spécialement de ceux des localités voisines. Les membres correspondants s'appliqueraient à secourir les aveugles besogneux, feraient des démarches pour leur admission aux écoles, aux ateliers, aux asiles, et les aideraient de leur influence ou de leurs conseils.

La propagande, en l'espèce, est la condition initiale du succès, car elle seule peut solliciter les aveugles et procurer les ressources nécessaires à leur assistance. Si les institutions spéciales, sont insuffisamment fréquentées ou appréciées parmi nous, c'est que presque tous les clairvoyants et même certains aveugles ignorent encore leur existence ou leur utilité. Il faut, comme on dit, éclairer l'opinion.

La propagande doit s'exercer à toute occasion auprès des administrations, des familles, des particuliers. On agira constamment par la conversation, les conférences, les concerts ; par le livre, la brochure, l'article de journal, la circulaire ; partout et toujours.

La circulaire n'a qu'une portée d'annonce, mais on ne saurait la négliger.

L'article de journal paraît plus puissant, plus diffusible, et, avec la bonne volonté qu'on rencontre dans toutes les feuilles, quelle que soit leur tendance politique, il est très avantageux ; il faut en user sans relâche : au début, au milieu, à la fin de l'année, dans tout le cours de l'action philanthropique.

Le livre et la brochure s'adressent au public lettré et acquièrent à la longue, une grande influence.

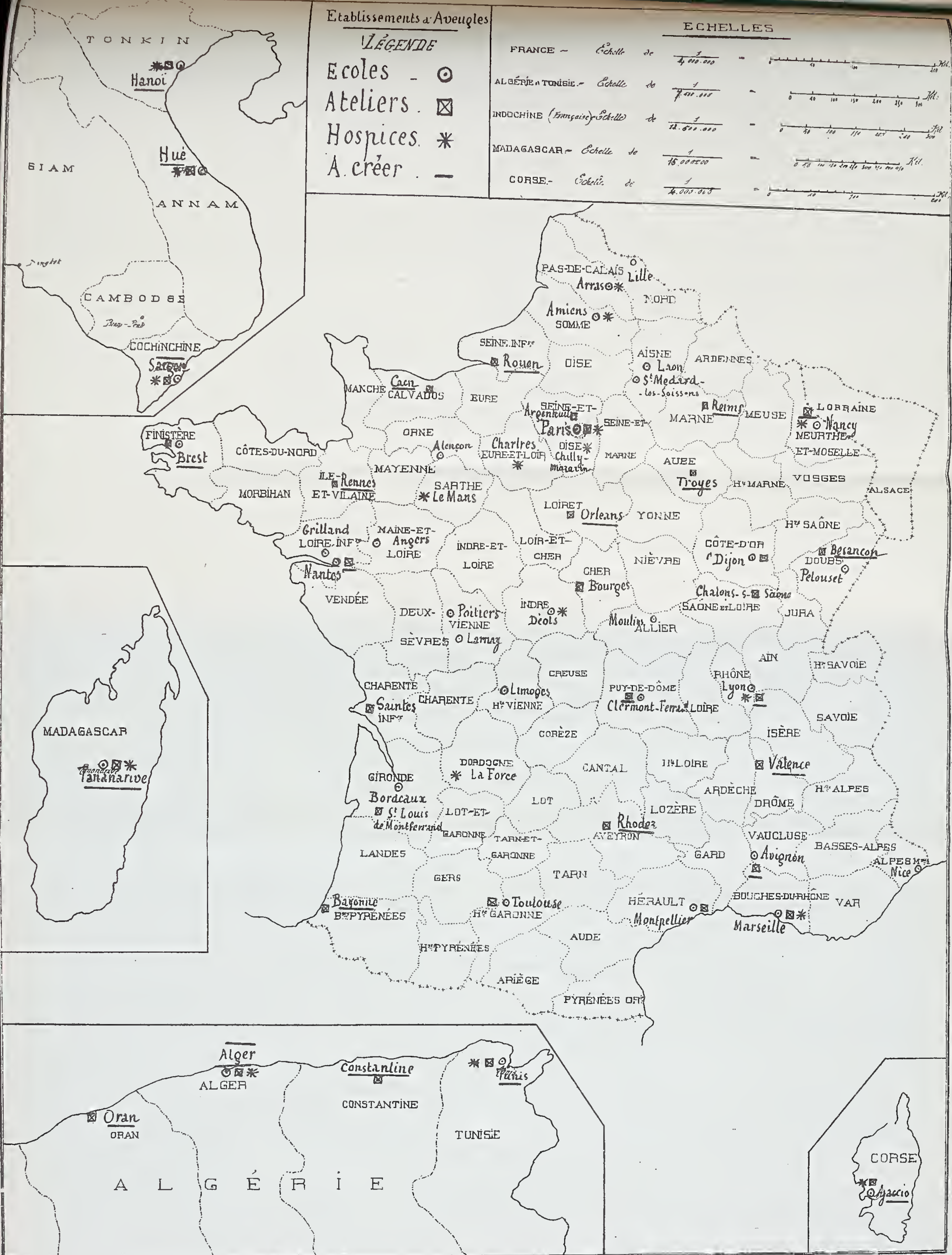
La conférence demande une certaine préparation par l'annonce et le journal aussi ; elle est très utile ; si elle porte moins loin elle touche plus haut. Il faut en user sans en abuser. On usera de la conférence dans certains milieux restreints, mais

influents : écoles universitaires et surtout médicales, écoles normales d'instituteurs et d'institutrices, lycées, collèges, grands séminaires : il sera bon de faire simultanément des démonstrations pratiques, des projections instructives ou amusantes.

Les conférences au grand public comportent ces projections et démonstrations pratiques, mais elles gagnent surtout aux exécutions musicales. La conférence-concert offre, en effet, tous les éléments d'attraction désirables par le chant, l'orchestration, l'orgue, le piano, la déclamation. C'est le véritable mélange de l'utile et de l'agréable, ceci faisant passer cela. Les aveugles peuvent y jouer souvent un rôle actif et sympathique. Ces conférences-concerts pourront être faites successivement, gratuites ou payantes dans les principales villes régionales ; avec un peu de préparation, elles auront toujours les meilleurs résultats. Les comptes-rendus par les bulletins, les journaux, ajoutent leur action à celle de la conférence, en répercutent l'écho plus ou moins longtemps, en multiplient souvent les bons effets.

Les comités et leurs membres agiront enfin auprès des particuliers, des familles, des administrations et montreront le bien à faire, les moyens à employer, les ressources à trouver.

C'est ainsi qu'on parviendra à assurer, par le travail, le bien-être des aveugles de notre pays et que l'oculiste pourra compléter dignement, par l'assistance, sa grande œuvre scientifique et sa noble tâche thérapeutique.


Etablissements d'Aveugles
LÉGENDE
Ecoles
Ateliers
Hospices
A créer
ECHELLES
FRANCE – Echelle de 1/4.000.000
ALGÉRIE et TUNISIE – Echelle de 1/7.500.000
INDOCHINE (Française) Echelle de 1/12.500.000
MADAGASCAR – Echelle de 1/15.000.000
CORSE – Echelle de 1/4.000.000
Kil.
TONKIN
Hanoi
SIAM
Hué
ANNAM
CAMBODGE
COCHINCHINE
Saïgon
PAS-DE-CALAIS
Arras
Lille
NORD
Amiens
SOMME
SEINE-INFre
Rouen
OISE
AISNE
Laon
St Médard-les-Soissons
ARDENNES
MANCHE
Caen
CALVADOS
EURE
SEINE-ET-OISE
Argenteuil
Paris
SEINE-ET-MARNE
MARNE
Reims
MEUSE
LORRAINE
Nancy
MEURTHE-ET-MOSELLE
FINISTÈRE
Brest
CÔTES-DU-NORD
ORNE
Alençon
Chartres
EURE-ET-LOIR
OISE
Chilly-Mazarin
AUBE
Troyes
Hte MARNE
VOSGES
ALSACE
MAYENNE
ILE-ET-VILAINE
Rennes
MORBIHAN
SARTHE
Le Mans
LOIRET
Orleans
YONNE
Hte SAÔNE
Grilland
LOIRE-INFre
Nantes
MAINE-ET-LOIRE
Angers
INDRE-ET-LOIRE
LOIR-ET-CHER
NIÈVRE
CÔTE-D'OR
Dijon
DOUBS
Besançon
Pelousey
CHER
Bourges
Chalons-s-Saône
SAÔNE-ET-LOIRE
JURA
VENDÉE
DEUX-SÈVRES
Poitiers
VIENNE
Larnay
INDRE
Déols
Moulins
ALLIER
AIN
Hte SAVOIE
CREUSE
CHARENTE INFre
Saintes
CHARENTE
Limoges
Hte VIENNE
PUY-DE-DÔME
Clermont-Ferrand
LOIRE
RHÔNE
Lyon
SAVOIE
CORRÈZE
ISÈRE
GIRONDE
Bordeaux
St Louis de Montferrand
DORDOGNE
La Force
CANTAL
Hte LOIRE
Valence
ARDÈCHE
Htes ALPES
DRÔME
LOT-ET-GARONNE
LOT
LOZÈRE
AVEYRON
Rhodez
LANDES
TARN-ET-GARONNE
VAUCLUSE
Avignon
BASSES-ALPES
ALPES-MMes
Nice
GERS
TARN
GARD
Bayonne
BSES-PYRÉNÉES
Toulouse
Hte GARONNE
HÉRAULT
Montpellier
BOUCHES-DU-RHÔNE
Marseille
VAR
Htes PYRÉNÉES
AUDE
ARIÈGE
PYRÉNÉES ORtes
MADAGASCAR
Tananarive
Alger
ALGER
Constantine
CONSTANTINE
Tunis
TUNISIE
Oran
ORAN
ALGÉRIE
CORSE
Ajaccio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
		Conjonctivite								Kératite.			Leucome.				
	Ophthalmie purulente	Granuleuse	Phlycténulaire et Strumeuse.	Ankyloblépharon	Brûlures	Traumatisme	Insuccès opératoires	Sympathie	Atrophie du Globe	Simple.	à hypopyon.	Kérato cone	Simple	Adhérent	Kératite interstitielle	Staphylome antérieur	Luxation du Cristallin
	13 cas	4	7	1	5	113	6	1	23	14	19	12	27	25	12	24	6
	27 .	6	6	"	4	49	3	5	45	12	6	12	49	44	6	16	"
	13 .	6	9	"	5	88	3	"	29	18	23	3	26	25	4	23	1
Chiffres des barres	22,8 / 18 / 15,3	5,1 / 3,4 / 9,4	9,8 / 3,4 / 12,5	1,3	6,3 / 2,3 / 7.	143 / 28 / 122,6	7,6 / 1,7 / 4,2	1,3 / 2,8	29 / 25,6 / 40,4	17,1 / 6,8 / 25	24 / 3,4 / 32	1,12 / 4,2	34,2 / 28 / 36,3	31,5 / 25 / 35	2,5 / 3,4 / 5,5	30,5 / 9 / 32	7,6 / 1,4

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
	Cataracte			Irido Choroïdite.		Choroïdite.					Glaucome			Rétinite			
	Congénitale	Symptomatique	Iritis	Séreuse	Purulente	Atrophique chorio-rétinite	Exsudative	Ramollissement du vitré	Myopie.	Colobome.	Aigu	Chronique simple.	Névrite	Pigmentaire	Albuminurique	Décollement rétinien	Hémorrhagie de la rétine.
	1	6	17	57	13	57	11	"	25	"	5	145	13	3	4	23	19
	1	5	12	98	5	140	21	"	156	4	8	447	62	35	10	41	15
	"	3	17	54	14	40	13	1	25	.	2	95	18	6	1	38	14
Chiffres des barres	1,3 / 0,56	7,6 / 2,8 / 4,2	21,5 / 6,9 / 23,6	72,2 / 56 / 75,2	16,4 / 2,8 / 19,4	72,2 / 79,6 / 55,7	13,9 / 12 / 18	1,4	31,5 / 88,8 / 35	2,3	6,3 / 4,6 / 2,7	18,4 / 132,5	16,4 / 35,4 / 25	3,8 / 19,9 / 9,4	5,1 / 5,7 / 1,4	29 / 23,3 / 53	24 / 8,5 / 19,4

	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	Choroïdite.					Glaucome			Rétinite	
	Atrophique chorio-rétinite	Exsudative	Ramollissement du vitré	Myopie.	Colobome.	Aigu	Chronique simple.	Névrite	Pigmentaire	Albuminurique
OD	57	11	"	25	"	5	145	13	3	4
ODG	140	21	"	156	4	8	447	62	35	10
OG	40	13	1	25	"	2	95	18	6	1

	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
				Atrophie du nerf optique						
	Décollement rétinien	Hémorrhagie de la rétine	Embolie artérielle	Idiopathique	Tabétique	Spécifique	Méningitique	Amblyopie.	Amaurose.	Syphilis
OD	23	19	4	53	3	"	2	9	1	6
ODG	41	15	"	283	20	4	20	59	"	14
OG	38	14	1	67	1	"	1	8	1	3

	43	44	45	46	47	48	49	50
	Sarcome.	Epithéliome	Gliome	Basedow	Buphtalmie	Microphtalmie	Variole	Rougeole.
OD	5	2	4	"	3	"	4	"
ODG	"	"	"	4	7	1	3	1
OG	10	1	1	"	4	"	3	"

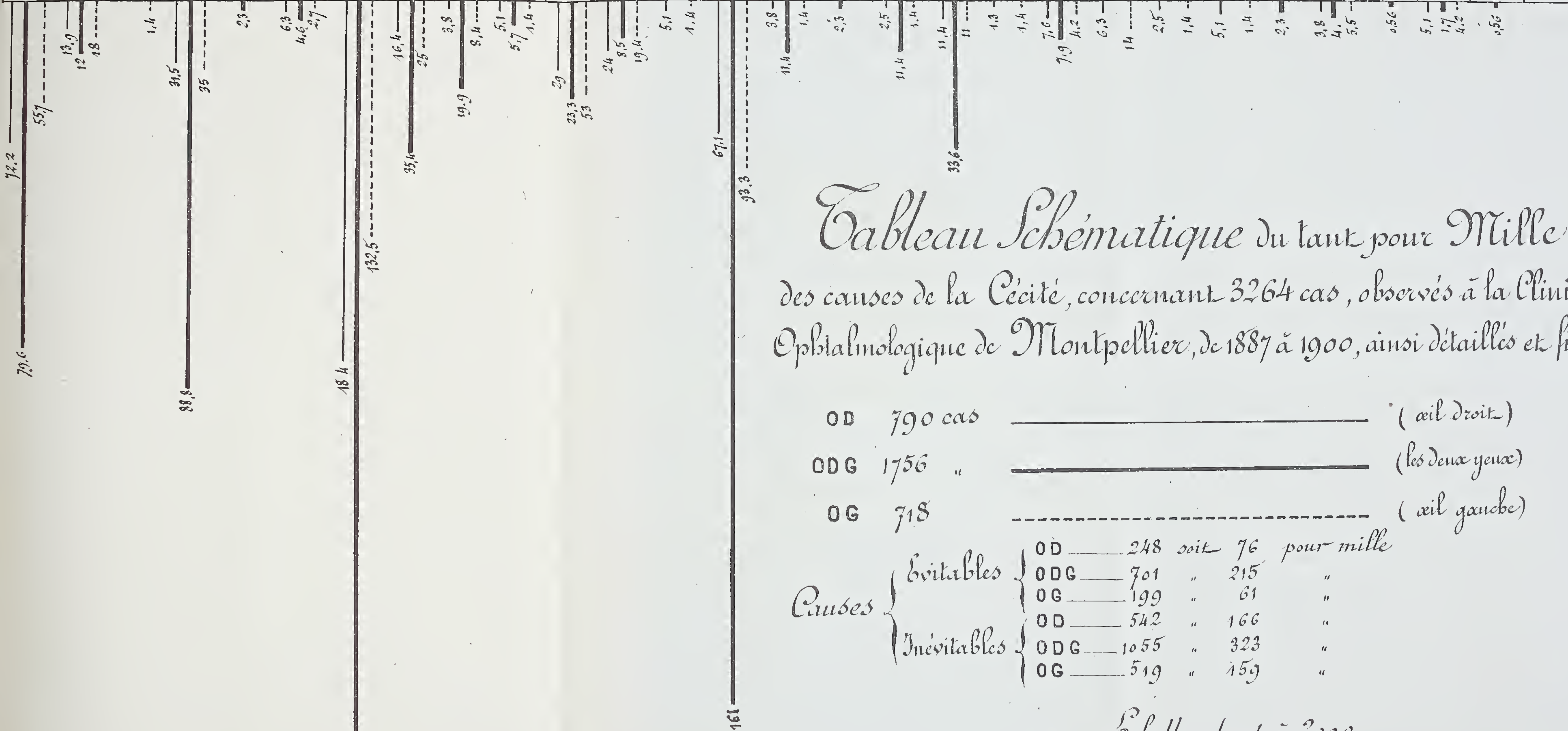


Tableau Schématique du tant pour Mille,

des causes de la Cécité, concernant 3264 cas, observés à la Clinique Ophtalmologique de Montpellier, de 1887 à 1900, ainsi détaillés et figurés:

OD	790 cas	————————	(œil droit)
ODG	1756 "	━━━━━━━━	(les deux yeux)
OG	718	- - - - - - - - - -	(œil gauche)

Causes	Évitables	OD	248	soit	76	pour mille
		ODG	701	"	215	"
		OG	199	"	61	"
	Inévitables	OD	542	"	166	"
		ODG	1055	"	323	"
		OG	519	"	159	"

Echelle de 1 à 2000.

(Chaque millimètre en longueur représente deux cas).

Etablissements français ouverts aux aveugles

(G. Garçons. — F. Filles. — H. Hommes. — F. Femmes)

Ecoles	Ateliers	Asiles
Alençon, rue de la Poterne. F.	—	—
Amiens, hospice St-Victor. G. F.	—	*Amiens*, hospice St-Victor. H. F.
Angers, route de la Meignanne. G. F.	—	—
—	*Argenteuil* (Seine-et-Oise), 78, rue de St-Germain. F.	—
Arras, 4, rue des Augustines. G. F.	—	*Arras*, 4, rue des Augustines. H. F.
Auray, La Chartreuse. F.	—	—
Avignon. G.	—	—
Bordeaux, 61, rue de Marseille. G.	—	—
— 216, rue Judaïque. F.	—	-
—	*Bourges*, 76, rue Mirabeau. H.	—
—	*Chalon-sur-Saône*, 22, rue des Minimes. H.	—
—	—	*Chartres*, hospice St-Brice. H. F.
—	—	*Chailly-Mazarin* (Seine-et-Oise) (filles arriérées).
Clermont-Ferrand, 1, rue Ste-Rose. G. F.	—	—
Déols, près Châteauroux. F.	—	*Déols*, près Châteauroux (Indre). F.
Dijon, 39, rue de l'Ile. G. F.	*Dijon*, 89, rue de l'Ile. H. F.	—
Grilland, près Nantes.	—	—
—	—	*La Force* (Dordogne). H. F.
Laon, Institution Notre-Dame. F.	—	—

Larnay, près Poitiers. F.	—	—
—	—	*Le Mans*, asile de Bonnières, 102, rue de Flore. F.
Lille, 139, rue Royale. F.	—	—
— rue Ronchin. G.	—	—
Limoges, rue de Paris. G. F.	—	—
—	—	*Lyon*, 10, rue de Jarante (?). F.
Lyon-Vaise, 12, chemin St-Simon. F.	—	—
Lyon-Villeurbanne, 17, rue des Maisons-Neuves. G. F.	—	—
Marseille, 2, montée de l'Oratoire. G. F.	*Marseille*, 20, chemin de la Corniche. H. F.	*Marseille*, montée de l'Oratoire. F.
Montpellier, 16, rue St-Vincent-de-Paul. G. F.	*Montpellier*, 16, rue St-Vincent-de-Paul. H.	—
Moulins, aux Charmettes, Iseure. G. F.	—	—
Nancy, maison St-Paul, G. F.	—	*Nancy*, maison St-Paul. H.
Nantes, rue du Frère Louis. G.	—	—
Nice, 39, boulevard de l'Impératrice de Russie. G. F.	—	—
Paris, cours d'accord, 27, rue de Poissy. G.	*Paris*, école professionnelle, 1, rue Jacquier.	*Paris*, asile Lambrechts, 46, rue de Colombes. H. F.
— rue des Petits-Hôtels. G.	— Sœurs aveugles de St-Paul, 88, rue Denfert-Rochereau. F.	— Bicêtre. H.
— St-Mandé, Ecole Braille. G. F.		— St-Mandé, Ecole Braille. H. F.
— Frères de St-Jean-de-Dieu, 223, rue Lecourbe. G.		— Hôpital Rothschild, 75, rue de Picpus. H. F.
— Institution nationale, boulevard des Invalides. G. F.		— Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton. H. F.
— Sœurs aveugles de St-Paul, 88, rue Denfert-Rochereau. F.		— La Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital. F.

—	—	— Sœurs aveugles de St-Paul, 88, rue Denfert-Rochereau. F.
Pelouset (Doubs). F.	—	—
Poitiers, faubourg de la Tranchée. G.		
—	*Saintes*, 9, rue des Balais. F.	*Saintes*, 9, rue des Balais. F.
—	*St-Louis-de-Montferrand* (Gironde). H.	—
St-Médard-les-Soissons (Aisne). G.	—	—
Toulouse, 26, rue Montplaisir. G. F.	—	—

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).